

**Gesundheits-
und Fürsorgedirektion
des Kantons Bern**

**Direction de la santé
publique et de la
prévoyance sociale
du canton de Berne**

Spitalamt

Office des hôpitaux

Rathausgasse 1
3011 Bern
Telefon +41 31 633 79 65
Telefax +41 31 633 79 67
www.gef.be.ch
info.spa@gef.be.ch



Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik BE

**des Kantons Bern zuhanden der Listenspi-
täter und Listengeburtshäuser**

**zu den Leistungsaufträgen gemäss den
Spitalplanungsleistungsgruppen (Version
2017_02.00)**

AKUTSOMATIK

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Spitalliste Akutsomatik des Kantons Bern	6
2.1	Ziel und Zweck der Anforderungen und Erläuterungen, Zielgruppe	6
2.2	Aufbau der Anforderungen und Erläuterungen, rechtliche Grundlagen	6
3	Allgemeine Anforderungen für Listenspitäler und Listengeburtshäuser	7
3.1	Allgemeine Qualitätsanforderungen zur SPLG-Systematik Akutsomatik BE (Version 2017_02.00)	7
3.2	Modalitäten zur SPLG-Systematik Akutsomatik BE (Version 2017_02.00)	8
4	Erläuterungen zur SPLG-Systematik Akutsomatik BE für die Spitalliste des Kantons Bern	10
4.1	Anforderungen zur Verfügbarkeit von Fachpersonal	10
4.1.1	Verfügbarkeit Fachärztin/Facharzt (Version 2015.1) <i>angepasst</i>	10
4.1.2	Verfügbarkeit ärztliches Personal bei einem Notfall	11
4.1.3	Verfügbarkeit des Personals in den Bereichen Psychologie, Therapie und Beratung	12
4.2	Weiterführende Erläuterungen zu den Anforderungen	13
4.2.1	DER2 Wundambulatorium (V2.0)	13
4.2.2	NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen (Version 2015.1)	13
4.2.3	NEU4 Epileptologie (Version 2017.1)	13
4.2.4	END1 Ernährungs- und Diabetesberatung (V2.0)	13
4.2.5	VIS1.4 Bariatrische Chirurgie (Version 2017.1)	14
4.2.6	HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantationen (V2.0)	14
4.2.7	ANG/GEF Interdisziplinäre Indikationskonferenz (V2.0) <i>angepasst</i>	14
4.2.8	GEFA: ANG2 Interventionen intraabdominale Gefässe und GEF2 Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe (ZH-Entwurf SPLG-2018; <i>angepasst</i>)	14
4.2.9	NCH, NEU, HER, KAR Teilnahme an Forschungsstudien (Version 2015.1) <i>angepasst</i>	15
4.2.10	HER Herzchirurgie (Version 2015.1) <i>angepasst</i>	15
4.2.11	KAR1.3 Implantierbarer Cardioverter Defibrillator (V2.0)	15
4.2.12	NEP1 Nephrologie (Version 2017.1)	15
4.2.13	URO1.1: URO1.1.5 Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang, URO1.1.6 Plastische Rekonstruktion der Urethra und URO 1.1.7 Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters (ZH-Entwurf SPLG-2018; <i>angepasst</i>)	16
4.2.14	PNE1 Pneumologie (V2.0)	16
4.2.15	PNE2 Polysomnographie (V2.0)	16
4.2.16	BEW3 Handchirurgie (V2.0) <i>angepasst</i>	16
4.2.17	BEW7 Rekonstruktion der unteren Extremität (ZH-Entwurf SPLG-2018; <i>angepasst</i>)	16
4.2.18	BEW10 Plexuschirurgie (V2.0)	17

4.2.19	PLC1 Eingriffe in Zusammenhang mit Transsexualität (V2.0)	17
4.2.20	GYNT: GYN1.1 Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina, GYN1.2 Maligne Neoplasien der Cervix, GYN1.3 Maligne Neoplasien des Corpus Uteri und GYN1.4 Maligne Neoplasien des Ovars (ZH-Entwurf SPLG-2018; <i>angepasst</i>)	17
4.2.21	GYN2 Maligne Neoplasien der Mamma (ZH-Entwurf SPLG-2018; <i>angepasst</i>)	17
4.2.22	GEBH Geburtshäuser und NEOG Grundversorgung Neugeborene (ab 37. SSW) (Version 2017.2)	17
4.2.23	Gestationsalter (ZH-Entwurf SPLG-2018)	20
4.2.24	GEB1 bis GEB1.1.1 Geburtshilfe (Version 2017.1)	21
4.2.25	NEO1 bis NEO1.1.1.1 Neonatologie (Version 2017.1)	21
4.2.26	NUK1 Nuklearmedizin (V2.0) <i>angepasst</i>	21
4.2.27	UNF1 Unfallchirurgie Polytrauma und UNF1.1 Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma) (ZH-Entwurf SPLG-2018)	22
4.2.28	KINM Kindermedizin und KINC Kinderchirurgie (Version 2017.1)	22
4.2.29	KINB Basis-Kinderchirurgie (Version 2017.1).....	23
4.2.30	GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum (Version 2015.1) <i>angepasst</i>	23
4.2.31	SpezPalCare Spezialisierte Palliative Care im Spital <i>angepasst</i>	24
4.2.32	BP / BPE Basispaket / Basispaket elektiv (Version 2017.1) <i>angepasst</i>	28
4.2.33	Facharzt-Qualifikation Kinder- und Jugendmedizin (Version 2015.1)	29
4.2.34	Strahlentherapie – Verlegung in Radio-Onkologie-Zentren (RAO1)	29
4.2.35	Notfallstation (Version 2015.1) <i>angepasst</i>	30
4.2.36	Intensivstation (IS) (Version 2015.1) <i>angepasst</i>	32
4.2.37	Verknüpfung inhouse, mit Kooperationsvertrag oder mit Kooperationskonzept (V2.0) <i>angepasst</i>	34
4.2.38	Tumorboard (V2.0).....	35
4.3	Mindestfallzahlen (ZH-Entwurf SPLG-2018) <i>angepasst</i>	36
4.4	Leistungsauftragscontrolling (LACTRL)	36
4.5	Vorgaben zum Versorgungsauftrag	37
5	Weitere Bestimmungen	39
5.1	Pflichten der Listenspitäler und Listengeburtshäuser	39
5.2	Leistungsaufträge in mehreren Versorgungsbereichen.....	39
5.3	Aus- und Weiterbildung	40
5.4	Aufsicht und Revision	40
5.5	Datengrundlagen	40
6	Hochspezialisierte Medizin.....	41
7	Anhang	42

1 Einleitung

Auf Empfehlung der schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) und in Abstimmung mit dem Netzwerk „diespitäler.be“ sowie dem Verband der Privatspitäler des Kantons Bern (VPSB) basierte die Spitalliste des Kantons Bern für den Bereich Akutsomatik bis anhin auf der Spitalplanungsleistungsgruppen-Systematik (SPLG-Systematik) und den dazugehörigen „Weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen und Erläuterungen“ des Kantons Zürich. Diese „Zürcher Anforderungen“ übernahm der Kanton Bern nahezu integral und passte sie nur wo nötig an die Verhältnisse im Kanton Bern an. Ebenso verwendete der Kanton Bern die gleiche Software wie der Kanton Zürich zum Gruppieren der Leistungen entsprechend der Zürcher SPLG-Systematik. Damit sollte zur gesetzlich¹ verlangten Vergleichbarkeit der Spitalplanungen unter den Kantonen beigetragen werden.

Mit der Weiterentwicklung der Zürcher Anforderungen durch den Kanton Zürich und aufgrund der mit diesen Zürcher Anforderungen seit ihrer Einführung im Kanton Bern durch die Berner Listenspitäler und Listengeburtshäuser während der letzten Jahre gemachten Erfahrungen, zeigte sich, dass sich eine Differenzierung der Anforderungen hinsichtlich der bernischen Gegebenheiten in verschiedenen Bereichen (insbesondere bei der geforderten Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte, den formalen Kriterien für Kooperationen, den Anforderungen an die Notfallstationen) aufdrängt. Dies umso mehr, als der Kanton Bern nur eine beschränkte Einflussmöglichkeit auf die Weiterentwicklung der Zürcher Anforderungen hat.

Deshalb erteilte der Regierungsrat des Kantons Bern einer Arbeitsgruppe (ASLA²), den Auftrag, die Zürcher Anforderungen mit Blick auf die bei den Berner Listenspitälern zu Problemen führenden Anforderungen zu überprüfen und gleichwertige Alternativen vorzuschlagen, wobei diese alternativen Lösungen die bisherige Qualität beibehalten und die Gleichbehandlung garantieren müssen. Der Auftrag der ASLA bestand letztlich darin, die Zürcher Anforderungen an Berner Verhältnisse anzupassen respektive Berner Anforderungen als Grundlage für die Spitalliste des Kantons Bern zu entwickeln. Weitere Vorgaben für das Anpassungsverfahren waren Transparenz, Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse und Ergebnisoffenheit. So sollen die Resultate der ASLA auf der Internetseite der GEF veröffentlicht werden.

Die Zürcher Anforderungen werden jedoch nicht grundsätzlich bestritten und sollen als solche ausschliesslich punktuell verändert werden. Um die Vergleichbarkeit der Planungen unter den Kantonen nicht zu gefährden werden die Anforderungen des Kantons Zürich, die gemäss der ASLA unverändert bleiben sollen, auch unverändert übernommen. Änderungen werden nachvollziehbar gekennzeichnet und transparent kommuniziert. Die ICD- und CHOP-Kataloge (inkl. der entsprechenden Groupersoftware-Versionen) des Kantons Zürich sind von den Änderungen ausgeschlossen, sie sind weiterhin verbindlich für die Spitalliste Akutsomatik Bern.

Die Zürcher Anforderungen sollen per 1. Januar 2018 angepasst werden (gemäss Entwurf vom 10. Februar 2017 des Kantons Zürich; ZH-Entwurf SPLG-2018). Der Kanton Bern wurde am 10. April 2017 eingeladen zum ZH-Entwurf SPLG-2018 Stellung zu nehmen. Soweit möglich und für den Kanton Bern sinnvoll wurden die im ZH-Entwurf SPLG-2018 vorgesehenen Anpassungen der Anforderungen bereits für das Bewerbungsverfahren für die Spitalliste Akutsomatik 2018 des Kantons Bern übernommen. Aufgrund dieses erst vorläufigen ZH-

¹ Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10).

² „Arbeitsgruppe Anpassung Spitallistenanforderungen“ bestehend aus Vertretern der Spitalverbände von „diespitäler.be“ und vom „Verband der Privatspitäler des Kantons Bern (VPSB)“ einerseits und der GEF andererseits.

Entwurfs SPLG-2018 können die Anforderungen für die Spitalliste Akutsomatik BE entsprechend der zirka Ende 2017 vorliegenden definitiven Zürcher-Anforderungen noch Änderungen erfahren, soweit diese für den Kanton Bern übernommen würden. Diese Anpassungen würden den Listenspitälern und Listengeburtshäuser rechtzeitig kommuniziert.

Die ASLA wird in regelmässigen Abständen die Anforderungen für die Spitalplanungsleistungsgruppen Akutsomatik überprüfen und diese bei Bedarf für den Kanton Bern anpassen.

2 Spitalliste Akutsomatik des Kantons Bern

Nachfolgend wird ausgeführt an wen sich die vorliegenden „Anforderungen und Erläuterungen des Kantons Bern zuhanden der Listenspitäler und Listengeburtshäuser zu den Leistungsaufträgen gemäss den Spitalplanungsleistungsgruppen Akutsomatik“ (Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik BE) richten, welches Ziel und welchen Zweck sie verfolgen, welche Bedeutung sie für die Spitalliste Akutsomatik des Kantons Bern haben und wie sie aufgebaut sind.

2.1 Ziel und Zweck der Anforderungen und Erläuterungen, Zielgruppe

Ziel und Zweck der Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik BE ist es, die gesetzlichen und planerischen Grundlagen³, welche der Spitalliste Akutsomatik des Kantons Bern zugrunde liegen, zuhanden der Listenspitäler und Listengeburtshäuser des Kantons Bern zu erläutern. Zusammen mit den leistungsspezifischen Anforderungen⁴ der SPLG-Systematik BE für den Bereich Akutsomatik des Kantons Bern (SPLG-Systematik Akutsomatik BE) und den für die Zuordnung der Leistungen massgebenden aktuellen ICD- und CHOP-Kataloge des Kantons Zürich (inkl. der aktuellen Groupersoftware-Versionen)⁵ bilden sie die Grundlage für die Spitalliste Akutsomatik des Kantons Bern.

2.2 Aufbau der Anforderungen und Erläuterungen, rechtliche Grundlagen

Die Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik BE äussern sich mit Blick auf die Leistungsaufträge allgemein zu den Anforderungen der SPLG-Systematik Akutsomatik BE (Ziff. 3.). Sie erläutern die einzelnen Leistungsaufträge der SPLG-Systematik Akutsomatik BE (Ziff. 4.1 und 4.2), äussern sich zu den Mindestfallzahlen, zum Leistungsauftragscontrolling, zu Vorgaben zum Versorgungsauftrag (Ziff. 4.3 – 4.5) und verweisen auf die wichtigsten gesetzlichen Vorgaben (Ziff. 5). Zudem wird die Praxis des Kantons Bern im Zusammenhang mit den Beschlüssen des HSM-Organs gemäss der interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)⁶ aufgezeigt (Ziff. 6). Rechtliche Grundlage der Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik BE bilden das KVG, die Spitalversorgungsgesetzgebung (SpVG und SpVV) des Kantons Bern⁷ sowie die IVHSM.

³ www.be.ch/versorgungsplanung.

⁴ Vgl. SPLG-Systematik Aktusomatik BE;

https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/spitalliste.html#middlePar_textbild.

⁵ Vgl. „Definition der Leistungsgruppen und deren Anforderungen“ des Kantons ZH

http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten/akutsomatik.html.

⁶ Interkantonale Vereinbarung über die hoch spezialisierte Medizin (IVHSM; BSG 811.08-1).

⁷ Spitalversorgungsgesetz (SPVG; BSE 812.11); Spitalversorgungsverordnung (SPVV; 812.112).

3 Allgemeine Anforderungen für Listenspitäler und Listengeburthäuser

3.1 Allgemeine Qualitätsanforderungen zur SPLG-Systematik Akutsomatik BE (Version 2017_02.00)

- 3.1.1 Die kantonalen Spitallisten müssen gemäss KVG nebst Betriebsvergleichen zur Wirtschaftlichkeit auch auf Betriebsvergleiche zur Qualität abgestützt sein⁸. Den Kantonen wird vorgeschrieben, insbesondere den Nachweis der notwendigen Qualität zu prüfen⁹. Im Kanton Bern erfolgt dies auf der Grundlage des „Rahmenkonzepts für die kantonale Qualitätssicherung der Spitäler und Kliniken im Kanton Bern“¹⁰.
- 3.1.2 Die Listenspitäler und Listengeburthäuser sind verpflichtet, ein betriebliches Qualitätssicherungssystem zu implementieren¹¹. Sie müssen zudem Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität erarbeiten¹². Der Kanton Bern hat entsprechende allgemeine und leistungsgruppenspezifische Qualitätsanforderungen formuliert, welche Listenspitäler und Listengeburthäuser mit bernischen Leistungsaufträgen erfüllen müssen.
- 3.1.3 Die Listenspitäler setzen die nationalen Qualitätsmessungen gemäss den Vorgaben des ANQ¹³ um. Auf Verlangen der GEF sind die Listenspitäler verpflichtet, die in Zusammenhang mit den ANQ-Messungen erhobenen Daten sowie die dazugehörigen Auswertungen der GEF auszuhändigen.
Listengeburthäuser unterstehen bis auf weiteres nicht dieser Pflicht.
- 3.1.4 Die Listenspitäler und Listengeburthäuser führen ein kennzahlenbasiertes spitalweites Qualitätssicherungssystem.
- 3.1.5 Die Listenspitäler und Listengeburthäuser führen ein spitalweites Zwischenfallmeldesystem (Critical Incident Report System; CIRS) mit Analyse der Eingabemeldungen und Umsetzung der notwendigen Massnahmen.
- 3.1.6 Die Listenspitäler und Listengeburthäuser haben für relevante Patientengruppen eine multiprofessionelle Austrittsplanung. In diesen werden einrichtungsübergreifende patientenzentrierte und kontinuierliche Behandlungs- und Betreuungspfade beschrieben. Die Zusammenarbeit mit wichtigen nachgelagerten ambulanten und mobilen Leistungserbringern wird nachweislich angestrebt (Spitex, niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Apotheken, Reha-Kliniken, Pflegeheime, u.a.).

⁸ Vgl. Artikel 3 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) (KVG; SR 832.10).

⁹ Vgl. Artikel 58b Absatz 5 Buchstabe b KVV der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102).

¹⁰ Vgl. „Rahmenkonzept für die kantonale Qualitätssicherung der Spitäler und Kliniken im Kanton Bern“ https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/spitalliste.html#middlePar_textbild.

¹¹ Vgl. Artikel 59d Absatz 1 Buchstabe b KVV.

¹² Vgl. Artikel 77 KVV.

¹³ ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklungen in Spitälern und Kliniken <http://www.anq.ch/anq/>.

3.2 Modalitäten zur SPLG-Systematik Akutsomatik BE (Version 2017_02.00)

3.2.1 Die Erteilung von Leistungsaufträgen für die Spitalliste Akutsomatik gestützt auf die SPLG-Systematik Aktusomatik BE und die Auferlegung der damit verbundenen einheitlich verbindlichen Anforderungen an die Listenspitäler oder Listengeburtshäuser erfolgt im Kanton Bern grundsätzlich unbefristet. Der Regierungsrat des Kantons Bern kann befristete Leistungsaufträge verfügen, insbesondere dann, wenn das Listenspital oder das Listengeburtshaus eine Anforderung oder mehrere Anforderungen der SPLG-Systematik Akutsomatik BE zum Zeitpunkt der Verfügung noch nicht erfüllt und ihm deshalb eine Übergangsfrist zur Erfüllung eingeräumt wird. Erfüllt das Listenspital oder das Listengeburtshaus die Auflagen nach der eingeräumten Frist, kann der Leistungsauftrag anschliessend unbefristet erteilt werden. Hierfür muss das Listenspital oder das Listengeburtshaus ein entsprechendes Gesuch um Erteilung eines unbefristeten Leistungsauftrages bis spätestens sechs Monate vor Ablauf des befristeten Leistungsauftrags bei der GEF einreichen. Stellt es kein Gesuch, endet der Leistungsauftrag mit Ablauf der Befristung.

Die Listenspitäler oder Listengeburtshäuser können die Aufhebung von Leistungsaufträgen beantragen. Der Antrag ist der GEF schriftlich zu stellen.

Die Listenspitäler oder Listengeburtshäuser können die Erteilung von zusätzlichen Leistungsaufträgen beantragen. Der Antrag ist der GEF schriftlich zu stellen. Der Regierungsrat kann die Spitalliste – gegebenenfalls unter Gewährung einer Übergangsfrist – in der Regel innerhalb von einem Jahr anpassen.

Der Regierungsrat kann den Leistungsauftrag mit sofortiger Wirkung oder mit Befristung entziehen, wenn die Voraussetzungen zur Zulassung gemäss KVG nicht erfüllt sind.

3.2.2 Die bestehenden Leistungsgruppen der SPLG-Systematik Akutsomatik BE werden grundsätzlich nicht weiter unterteilt, d.h. es gibt keine Teil-Leistungsaufträge. Dies aus folgenden Überlegungen:

- **Drohende Verletzung der Aufnahmepflicht:**
Ein Listenspital oder ein Listengeburtshaus, das einen Leistungsauftrag gemäss Spitalliste erhalten hat, ist verpflichtet, im Rahmen der verfügbaren Kapazitäten alle Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Bern aufzunehmen und zu behandeln. Diese Pflicht muss das Listenspital oder das Listengeburtshaus diskriminierungsfrei und für alle ihm erteilten Leistungsaufträge gemäss SPLG-Systematik Akutsomatik BE erfüllen.
- **Drohende Verletzung des Gleichbehandlungsprinzips:**
Die Erteilung von Teil-Leistungsaufträgen kann dazu führen, dass einzelne Listenspitäler oder Listengeburtshäuser selektiv nur bestimmte Fälle einer Leistungsgruppe behandeln, was zur Benachteiligung der übrigen Anbieter führen würde.
- **Vergleichbarkeit der Daten:**
Bei einer Erteilung von Teil-Leistungsaufträgen würden die gesetzlich geforderten Betriebsvergleiche zur Wirtschaftlichkeit und zur Qualität sowohl inner- wie interkantonal erschwert oder verunmöglicht.

- 3.2.3 Die Erteilung der Leistungsaufträge an die Listenspitäler oder Listengeburtshäuser erfolgt standortbezogen. Dabei richtet sich die Beurteilung, ob ein bestimmter Betrieb ein „Spitalstandort“ ist, nach der Weisung zur „Definition Spital und Spitalstandort“ der GEF¹⁴. Die Listenspitäler oder Listengeburtshäuser müssen die Anforderungen gemäss SPLG-Systematik Akutsomatik BE für die Leistungsaufträge somit standortbezogen erfüllen. Verfügt ein Listenspital oder ein Listengeburtshaus über mehr als einen Standort und möchte eine identische Leistungsgruppe an mehr als einem Standort anbieten, bedarf es für jeden einzelnen Standort des Listenspitals oder Listengeburtshauses einer separaten Erteilung des betreffenden Leistungsauftrags durch den Regierungsrat. Ein Wechsel des Orts der Leistungserbringung, also die Verschiebung von Leistungsaufträgen zwischen einzelnen Standorten, ist ohne Anpassung des entsprechenden Regierungsratsbeschlusses (RRB) nicht zulässig. Das Listenspital respektive das Listengeburtshaus muss dazu bei der GEF ein entsprechendes Gesuch einreichen. Die den Listenspitälern oder Listengeburtshäusern erteilten Leistungsaufträge werden auf der Spitalliste standortspezifisch abgebildet und im Internet auf der Webseite der GEF standortbezogen publiziert.
- 3.2.4 Der Regierungsrat verfügt aktualisierte Versionen der SPLG-Systematik Akutsomatik BE von Amtes wegen. Die Listenspitäler oder Listengeburtshäuser werden zu allfälligen Anforderungsänderungen, die sie aufgrund der Vorgaben der überarbeiteten SPLG-Systematik Akutsomatik BE erfüllen müssen, angehört.
- 3.2.5 Die periodische Weiterentwicklung der SPLG-Systematik Akutsomatik BE erfolgt zum einen innerhalb des Kanton Bern im Rahmen der Arbeitsgruppe ASLA¹⁵ und zum andern kantonsübergreifend. Anträge der Listenspitäler oder Listengeburtshäuser zur Anpassung bestehender Anforderungen und/oder die Entwicklung und Bezeichnung neuer Leistungsgruppen sollen über die jeweiligen Fachgesellschaften an die Präsidi- en der Spitalverbände erfolgen.

Die Eingaben der Spitalverbände sind jeweils bis am 30. April des laufenden Jahres an die GEF (Spitalamt, Abteilung Planung und Versorgung, Rathausgasse 1, 3011 Bern) zu richten.

¹⁴ Vgl. Weisung zur „Definition Spital und Spitalstandort“ der GEF.
https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/spitalliste.html#middlePar_textbild.

¹⁵ Vgl. Fussnote 2.

4 Erläuterungen zur SPLG-Systematik Akutsomatik BE für die Spitalliste des Kantons Bern

Nachfolgend werden in den Ziffern 4.1 bis 4.3 Anforderungen zu einzelnen Leistungsgruppen der SPLG-Systematik Akutsomatik BE erläutert. Die Erläuterungen zur SPLG-Systematik Akutsomatik BE für die Spitalliste des Kantons Bern basieren grundsätzlich auf den „Weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen und Erläuterungen Akutsomatik (Version 2017.2)“¹⁶ der Gesundheitsdirektion Zürich. Inhaltliche Abweichungen gegenüber den Zürcher Anforderungen werden deshalb farblich in **dunkelroter** Schrift gekennzeichnet.

Die im Kanton Bern gemäss ZH-Entwurf SPLG-2018 teilweise bereits übernommenen Anpassungen der Anforderungen (vgl. einleitend dazu unter Ziffer 1) sind nachfolgend mit „**ZH-Entwurf SPLG-2018**“ gekennzeichnet. An dieser Stelle wird noch einmal darauf hingewiesen, dass sich aufgrund der zum heutigen Zeitpunkt noch nicht definitiven Leistungsgruppenanpassungen des Kantons Zürich für die Anforderungen der Spitalliste des Kantons Bern weitere Änderungen ergeben können. Neue oder veränderte Anforderungen würden den Listenspitälern und Listengeburtshäusern rechtzeitig kommuniziert, sofern sie dem Bewerbungsverfahren für die Spitalliste Akutsomatik 2018 im Kanton Bern zugrunde gelegt würden.

4.1 Anforderungen zur Verfügbarkeit von Fachpersonal

4.1.1 Verfügbarkeit Fachärztin/Facharzt (Version 2015.1) **angepasst**

Verfügbarkeit der notwendigen Fachärztinnen und Fachärzte

Je nach Leistungsgruppe sind bestimmte Facharztstitel gefordert. Es muss mindestens eine oder einer der genannten Fachärztinnen oder Fachärzte verfügbar sein. Beispielsweise sind dies in den internistischen Gebieten die Internisten und/oder Spezialisten je nach medizinischer Notwendigkeit. Grundsätzlich sollten die Patientinnen und Patienten von diesen Fachärztinnen oder Fachärzten behandelt werden. Es liegt aber in der Verantwortung des Spitals bzw. der Fachärztinnen oder Fachärzte, die Behandlung zu delegieren.

Die Listenspitäler und Listengeburtshäuser regeln zwingend **vertraglich** (z.B. in Form eines Arbeits-, Konsiliararzt-, Belegarztvertrages) folgende Punkte mit der Fachärztin oder dem Facharzt:

- Facharzt-Titel (eidg. Diplom), allenfalls der entsprechende ausländische äquivalente Titel
- Vorhandensein BAB
- Einsatzstandort der Fachärztin oder des Facharztes (Spitalstandort / Ort der Sprechstundentätigkeit)
- Weisungsbefugnis der verantwortlichen ärztlichen Leitung sowie der Spitalleitung des Listenspitals gegenüber der Fachärztin oder dem Facharzt
- Zeitliche Verfügbarkeit der Fachärztin oder des Facharztes entsprechend dem in der SPLG-Systematik Akutsomatik BE für die entsprechende Leistungsgruppe vorgesehenen Level der Facharztverfügbarkeit (siehe auch nachfolgende Tabelle),

¹⁶ Vgl.

http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_leistungsgruppen/leistungengruppen.html.

inkl. Vertretung bei Abwesenheiten, Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst, Pikett

- Soweit die Fachärztin oder der Facharzt nicht beim Listenspital angestellt ist:
 - o Nachweis Haftpflichtversicherung
 - o Organisationsreglement (z.B. OP-Statut)
- Ausübung der ärztlichen Kunst entsprechend den Richtlinien der Fachgesellschaften und gemäss dem aktuellen medizinischen Stand (Sicherstellung/Überprüfung anhand der Fortbildungsbestätigungen)
- Auflösung des Vertragsverhältnisses

Pro Leistungsgruppe ist eine **bestimmte zeitliche Verfügbarkeit der Fachärztin oder des Facharztes** gefordert. Diese muss rund um die Uhr an 365 Tagen gewährleistet sein. Nachfolgend sind die für die Spitalliste des Kantons Bern definierten zeitlichen Verfügbarkeiten der Fachärztinnen und Fachärzte aufgeführt. Die Verfügbarkeit muss auch bei Beleg- und Konsiliarärzten jederzeit geregelt und sichergestellt sein¹⁷.

Level 1	FA Erreichbarkeit <60 Minuten	Die Fachärztin oder der Facharzt ist innert 60 Minuten erreichbar oder die Patientin oder der Patient wird an das nächste Spital mit der entsprechenden Leistungsgruppe verlegt.
Level 2	FA Intervention <60 Minuten	Die Fachärztin oder der Facharzt der jeweiligen Leistungsgruppe ist jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 60 Minuten durch die Fachärztin oder den Facharzt erbringbar oder ist anderweitig, basierend auf Konzepten oder Verträgen sichergestellt. In den Dokumenten muss definiert werden, wie die Abwesenheit der Fachärztin oder des Facharztes geregelt wird ohne längere Latenz für die Patientin oder den Patienten. Die Patientinnen und Patienten dürfen nicht ohne Notwendigkeit (Komplikationen) verlegt werden.
Level 3	FA Intervention <30 Minuten	Die Fachärztin oder der Facharzt der jeweiligen Leistungsgruppe ist jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 30 Minuten erbringbar.
Level 4.1 (bis GEB1)	<30 Minuten Alarmierung/ Geburtszeit	Nur für die Geburtshilfe, 24-Std.-Betrieb. Für die Geburtshilfe ist eine Fachärztin oder ein Facharzt Gynäkologie und Geburtshilfe verantwortlich. Zwischen Entscheid bzw. Ruf der Fachärztin oder des Facharztes bis zur Entbindung des Kindes dürfen max. 30 Minuten vergehen.
Level 4.2 (ab GEB1.1)	FA-Intervention <10 Minuten resp. <15 Minuten	Die Fachärztin oder der Facharzt Geburtshilfe ist innerhalb von 10 Minuten im Spital bzw. die Fachärztin oder der Facharzt Neonatologie oder die Fachärztin oder der Facharzt Pädiatrie mit Erfahrung in Neonatologie (Anwesenheit im Spital innerhalb von 15 Minuten gemäss Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland).

4.1.2 Verfügbarkeit ärztliches Personal bei einem Notfall

Gemäss Artikel 44 SpVV wird die Verfügbarkeit des ärztlichen Personals im Notfall wie folgt geregelt:

Das Notfallkonzept des Listenspitals gewährleistet in der Regel eine ärztliche Interventionsmöglichkeit innerhalb von höchstens 15 Minuten.

Um in den verschiedenen Organisationseinheiten den einheitlichen Vollzug zu gewährleisten, ist dieser Artikel wie folgt zu verstehen:

¹⁷ Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass in der SPLG-Systematik BE für die Bereiche **Rehabilitation** und **Psychiatrie** betreffend die Facharztverfügbarkeit **unterschiedlich** definierte Levels gelten.

- Bei **Spitälern mit Schwerpunkt Akutsomatik** muss die ärztliche Intervention vor Ort bei der Patientin oder beim Patienten erfolgen können. Innert in der Regel maximal 15 Minuten hat ärztliches Personal auf der Station bei der Patientin oder beim Patienten vor Ort zu sein. Damit ist nicht eine bestimmte Fachärztin oder ein bestimmter Facharzt gemeint, vielmehr kann es sich auch um eine Assistenzärztin oder einen Assistenzarzt handeln.
- Bei **Geburtshäusern** muss die Intervention vor Ort bei der Patientin oder dem Patienten¹⁸ erfolgen können. Innert in der Regel maximal 15 Minuten hat die Ärztin oder der Arzt im Geburtshaus bei der Patientin oder dem Patienten vor Ort zu sein. Ist dies nicht möglich, kann alternativ die ärztliche Interventionsfrist auch über den **Beizug des Rettungsdienstes (RD)** sichergestellt werden.

Mit dem Prozess:

- Übergabe der Patientin vom Geburtshaus an den RD (GebH → RD),
- Transport und Übergabe der Patientin vom RD an die Ärztin oder den Arzt (RD → Ärztin/Arzt)

muss die ärztliche Intervention innert in der Regel maximal 15 Minuten sichergestellt sein.

Obiges ist wie folgt zu regeln¹⁹:

- Der Vorgehensablauf bei einem Notfall ab Notfall-Eintritt bis zum Beizug des RD und Übergabe der Patientin an den RD sind in einem **Kooperationskonzept**²⁰ geregelt (Beschrieb und Visualisierung des Prozessablaufs).
- Der Rettungsablauf ab erfolgtem Notruf bis erfolgter Übernahme der Patientin durch den RD ist in einem **Kooperationsvertrag**²¹ **GEBH/RD** geregelt.

4.1.3 Verfügbarkeit des Personals in den Bereichen Psychologie, Therapie und Beratung

Für die Leistungsgruppe **SpezPalCare** als Teilbereich der Akutsomatik, gelten bezüglich der Verfügbarkeit (zeitliche Verfügbarkeit und Form der Verfügbarkeit) für das **Personal in den Bereichen Psychologie, Therapie und Beratung** folgende Anforderungen:

Die Listenspitäler regeln zwingend vertraglich²² folgende Punkte:

- Ausbildung / Weiterbildung (Diplome) allenfalls der entsprechende ausländische äquivalente Titel / Funktion entsprechend den Anforderungen des Leistungsauftrags für das Personal aus den Bereichen Psychologie, Therapie und Beratung.
- Einsatzstandort (Spitalstandort / Ort der Behandlung²³)

¹⁸ Geburtshauskündin, Neugeborenes.

¹⁹ Wenn das Notfallkonzept lediglich den Beizug des Rettungsdienstes vorsieht, ohne weiter Gewähr dafür zu bieten, dass eine persönliche, unmittelbare ärztliche Interventionsmöglichkeit fristgerecht erfolgen kann, dann genügt dieses Konzept den gesundheitspolizeilichen Anforderungen an die Betriebsbewilligung nach Art. 120 Absatz 1 Buchstabe f SpVG i.V.m. Artikel 44 SpVV nicht.

²⁰ Vgl. Ziffer 4.2.37 Buchstabe b) zur formellen Ausgestaltung von Kooperationskonzepten.

²¹ Vgl. Ziffer 4.2.37 Buchstabe a) zur formellen Ausgestaltung von Kooperationsverträgen.

²² In der vom Listenspital gewählten Vertragsart (z.B. in Form eines Arbeitsvertrages, Auftrages).

²³ Je nach medizinischer Indikation der Patientin oder des Patienten muss die Fachperson ihre Leistung am (Spital-)Standort, an welchem der Leistungserbringer den Leistungsauftrag hat, erbringen oder darf die Patientin/der Patient zur Leistungserbringung in die Räumlichkeiten (an den Therapieort) der Fachperson verlegt werden.

- Weisungsbefugnis der verantwortlichen Leitung und der Spitalleitung des Listenspitals gegenüber dem Personal aus den Bereichen Psychologie, Therapie und Beratung
- Zeitliche Verfügbarkeit (Beizug bei Bedarf²⁴), inkl. Vertretung bei Abwesenheiten, Teilnahme am Bereitschaftsdienst, Pikett
- Soweit die Person nicht beim Listenspital angestellt ist:
 - o Nachweis Haftpflichtversicherung
 - o Vorhandensein BAB gemäss gesetzlichen Vorgaben
- Ausübung der Tätigkeit entsprechend den fachlichen Richtlinien
- Auflösung des Vertragsverhältnisses

4.2 Weiterführende Erläuterungen zu den Anforderungen

4.2.1 DER2 Wundambulatorium (V2.0)

Die Leistungen an Wundpatientinnen und Wundpatienten finden in der Regel ambulant statt. Dies setzt ein Wundambulatorium voraus, das heisst eine spezifische wöchentliche Sprechstunde mit Fachspezialistinnen und Fachspezialisten (ärztliches Personal und Pflegepersonal) mit spezifischer Erfahrung in Wundpflege.

4.2.2 NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen (Version 2015.1)

Die Stroke-Versorgung erfolgt in der Verantwortung von Fachärztinnen und Fachärzten Neurologie oder Allgemeine Innere Medizin in einer Stroke Unit oder integriert in den Notfalldienst/Betrieb Innere Medizin. Das Spital verfügt über CT oder MRI mit Möglichkeit zur Angiographie rund um die Uhr. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte verfügen über die NIH-Stroke Scale Zertifizierung. Alle Stroke Patientinnen und Patienten werden in einem einheitlichen nationalen Register (voraussichtlich Swiss Stroke Register) erfasst.

Eine zwingend erforderliche telemedizinische Anbindung an ein Stroke Center ist mit einem **Kooperationskonzept**²⁵ geregelt. Triage und Festlegung des Procedere erfolgen im nächstgelegenen Spital mit Leistungsauftrag NEU3 (Lyse-Möglichkeit). Die Triage-Richtlinien sowie die mit dem Stroke Center zu koordinierenden Fälle sind definiert und verbindlich. Das periphere Spital wendet die Empfehlungen des Stroke Centers an, soweit sich diese übertragen lassen. Abweichungen davon müssen dokumentiert werden. Informationen aus den Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen des Stroke Centers werden dem betroffenen ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Personal vermittelt (Teilnahme oder entsprechende Schulung).

4.2.3 NEU4 Epileptologie (Version 2017.1)

Bei der Diagnose eines nichtepileptischen psychogenen Anfalls ist eine psychiatrische Mituntersuchung und -beurteilung obligatorisch. Ein Langzeit-Video/EEG-Monitoring ist obligatorisch, Verfügbarkeit von fachlich geschultem Personal (FND) bei Bedarf.

4.2.4 END1 Ernährungs- und Diabetesberatung (V2.0)

Für endokrinologische Patientinnen und Patienten muss eine Ernährungs- und Diabetesberatung angeboten werden. In der Ernährungsberatung werden die Patientinnen

²⁴ Die zeitliche Verfügbarkeit muss entsprechend den Bedürfnissen des Betriebes in dem vom Listenspital gewählten Vertrag (vgl. Fussnote 22) geregelt werden.

²⁵ Vgl. Ziff. 4.2.37 Buchstabe b) zur formalen Ausgestaltung des Kooperationskonzepts.

und Patienten von Fachpersonen beraten, die Empfehlungen für die Ernährung und deren Umsetzung während und nach dem Spitalaufenthalt geben. In der Diabetesberatung wird das notwendige Fachwissen zur Krankheit und zum Umgang mit Hilfsmitteln und Medikamenten vermittelt.

4.2.5 **VIS1.4 Bariatrische Chirurgie (Version 2017.1)**

*SMOB-Kriterien*²⁶: Für die Behandlung bariatrischer Patientinnen und Patienten wird die Erfüllung der SMOB-Kriterien bzw. die Zertifizierung und Anerkennung gemäss SMOB Primärzentrum (VIS1.4) vorausgesetzt.

4.2.6 **HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantationen (V2.0)**

*JACIE*²⁷-*Akkreditierung*: Für autologe Blutstammzelltransplantation ist eine JACIE-Akkreditierung erforderlich.

4.2.7 **ANG/GEF Interdisziplinäre Indikationskonferenz (V2.0) *angepasst***

Die Indikation soll für alle Patientinnen und Patienten der Gefässchirurgie und Angiologie in einer interdisziplinären Indikationskonferenz mit chirurgischen und interventionellen Fachärztinnen und Fachärzten gestellt werden. Ein spezifisches Zusammenarbeitskonzept der entsprechenden Leistungserbringer ist notwendig.

Verknüpfungen:

- **GEF1** Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell):
Die Anforderung der Verknüpfung mit ANG1 „nur inhouse“ kann auch über die interdisziplinäre Indikationskonferenz erfüllt werden.
- **ANG1** Interventionen periphere Gefässe (arteriell):
Die Anforderung der Verknüpfung mit GEF1 „inhouse, mit Kooperationsvertrag oder Kooperationskonzept“ kann auch über die interdisziplinäre Indikationskonferenz erfüllt werden.

4.2.8 **GEFA: ANG2 Interventionen intraabdominale Gefässe und GEF2 Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe (ZH-Entwurf SPLG-2018; *angepasst*)**

Die Leistungsgruppen ANG2 und GEF2 werden zusammengefasst zur Leistungsgruppe **GEFA** Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe. Die Zusammenführung der beiden Leistungsgruppen ist notwendig, weil die intraabdominalen Gefässeingriffe durch die medizinischen Entwicklungen oft in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit von Intervention und Chirurgie durchgeführt werden.

²⁶ Swiss Study Group for Morbid Obesity (SMOB).
https://www.ksa.ch/sites/default/files/cms/edm/pocketguide/appendix/15_smob_richtlinien_adipositaschirurgie.pdf

²⁷ Joint Accreditation Committee ISCT EBMT. JACIE (www.jacie.org) ist eine nicht-kommerzielle europäische Organisation, die 1998 durch die beiden führenden Organisationen für Stammzelltransplantationen in Europa, die European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) und die International Society for Cellular Therapy (ISCT) gegründet wurde. Ziel von JACIE ist die Etablierung und Überwachung von Qualitätsstandards für die Stammzelltransplantation in Europa. Zentren, die die Qualitätsanforderungen von JACIE erfüllen, können eine Zertifizierung erhalten.

4.2.9 NCH, NEU, HER, KAR Teilnahme an Forschungsstudien (Version 2015.1) *angepasst*

Die in den „Weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen und Erläuterungen Akutsomatik (Version 2017.2)“ der Gesundheitsdirektion Zürich enthaltenen Ausführungen zur Gesamtstrategie Hochspezialisierte Medizin des Kantons Zürich finden im Kanton Bern keine Anwendung.

Konzepte zu einem allfälligen Monitoring zur Qualitätssicherung im Bereich der Hochspezialisierte Medizin im Kanton Bern werden von der GEF geprüft und künftig separat zu diesem Dokument spezifiziert.

4.2.10 HER Herzchirurgie (Version 2015.1) *angepasst*

Die **Berner** Listenspitäler mit Leistungsaufträgen in der Herzchirurgie sind dazu verpflichtet, das von der SGHC (Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie) beschlossene Monitoring zur Qualitätssicherung in allen Leistungsgruppen der Herzchirurgie umzusetzen und die Daten und Ergebnisse der GEF zur Verfügung zu stellen. Das Monitoring der SGHC umfasst folgende Punkte:

- Erfassung aller Patientinnen und Patienten der Herzchirurgie im nationalen Register für Herzchirurgie (seit 2013 obligatorisch)
- Definition und Ausweis von Kenndaten (Herbst 2014)
- Qualitätskontrolle der Datenerfassung durch ein Monitoring (Audit) von 5% der erfassten Fälle pro Jahr ab 2015
- Warnsystem bei Überschreiten von definierten Grenzwerten ab 2015 („Green & Red Flag-System“)

Die GEF kann die Erhebung von weiteren Kenndaten und zusätzliche Spezifikationen aufgrund der von der SGHC definierten Kenndaten vorschreiben.

Diese Kenndaten und Ergebnisse des Monitorings sind der GEF auf Nachfrage durch das jeweilige Listenspital offenzulegen. Allfällige Massnahmen erfolgen grundsätzlich analog dem «Green & Red Flag-System» der Fachgesellschaft.

4.2.11 KAR1.3 Implantierbarer Cardioverter Defibrillator (V2.0)

Defibrillatortherapie: Die Richtlinien der schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie zur Defibrillatortherapie sind zu erfüllen. Das Aktivitätsregister ist zu führen und der GEF bekannt zu geben. Wenn die Leistungsgruppe HER1.1 in Kooperation mit einem anderen Leistungserbringer angeboten wird, ist ein **Kooperationsvertrag** mit einem entsprechenden Listenspital notwendig. Die Betreuung der Patientinnen und Patienten muss rund um die Uhr sichergestellt sein.

4.2.12 NEP1 Nephrologie (Version 2017.1)

Ambulante Hämodialyse und Peritonealdialyse: Listenspitäler mit einem Leistungsauftrag für NEP1 Nephrologie bieten die ambulante Hämodialyse selbst oder in enger Kooperation mit einem selbständigen Dialysezentrum an. Sie sind verpflichtet die Peritonealdialyse anzubieten und zu fördern.

4.2.13 URO1.1: URO1.1.5 Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang, URO1.1.6 Plastische Rekonstruktion der Urethra und URO 1.1.7 Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters (ZH-Entwurf SPLG-2018; angepasst)

Die Codes der Leistungsgruppen URO1.1.5 Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang, URO1.1.6 Plastische Rekonstruktion der Urethra und URO1.1.7 Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters werden in die Leistungsgruppe URO1.1 Urologie mit Schwerpunkttitel Operative Urologie überführt. Die Leistungsgruppen URO1.1.5, URO1.1.6 und URO1.1.7 werden aufgelöst.

4.2.14 PNE1 Pneumologie (V2.0)

Patientenüberwachung, Intubation und Beatmung: Die Möglichkeit zur kontinuierlichen Patientenüberwachung, Intubation und kurzzeitigen mechanischen Beatmung muss gewährleistet sein.

4.2.15 PNE2 Polysomnographie (V2.0)

Schlaflabor Zertifizierung durch SGSSC²⁸: Für Polysomnographien ist eine Zertifizierung des Schlaflabors durch die SGSSC notwendig.

4.2.16 BEW3 Handchirurgie (V2.0) angepasst

Handchirurgisches Spezialambulatorium: Listenspitäler mit einer Handchirurgie und Replantationen müssen ein handchirurgisches Spezialambulatorium, in dem alle akuten und chronischen Erkrankungen der Hand behandelt sowie postoperativ nachbetreut werden entweder selber betreiben oder sicherstellen, dass diese Nachbetreuung aufgrund einer ärztlichen Verordnung durch eine gesicherte spezialisierte Nachbehandlung in einer Institution mit entsprechender Erfahrung erfolgt. Begleitend muss eine spezialisierte Handtherapie zur Verfügung stehen.

Erfolgt die Leistungserbringung in einer (externen) ambulanten Institution ist sie mit einem Kooperationsvertrag²⁹ sicherzustellen. Das Listenspital bleibt in jedem Fall für die fachlich sachgerechte Ausführung des Leistungsauftrags verantwortlich.

4.2.17 BEW7 Rekonstruktion der unteren Extremität (ZH-Entwurf SPLG-2018; angepasst)

Die bisherige Leistungsgruppe BEW7 Rekonstruktion der unteren Extremität umfasst die Hüfte, das Knie und den Fuss. Neu sollen die Rekonstruktion von Hüfte und Knie differenziert und zusätzliche Anforderungen definiert werden: Die Leistungsgruppe BEW7 Rekonstruktion der unteren Extremität wird in die Subgruppen BEW7.1 Erstprothese Hüfte, BEW7.2 Erstprothesen Knie und BEW7.3 Wechseloperationen Hüft- und Knieprothese aufgeteilt. Die Leistungsgruppe BEW7 Rekonstruktion der unteren Extremität bleibt – von ihrem Umfang her stark reduziert – bestehen. Die Verfeinerung der Leistungsgruppen wurde aufgrund der zunehmenden Spezialisierung der Operateurinnen und Operateure in den Behandlungen an Hüften und Knien notwendig. Wechseloperationen setzen zudem neben der hohen operativen Expertise besondere Anforderungen an das Listenspital voraus (zum Beispiel Infektiologie).

²⁸ Schweizerische Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie. <http://swiss-sleep.ch/>.

²⁹ Vgl. Ziffer 4.2.37 Buchstabe a) zur formalen Ausgestaltung des Kooperationsvertrages.

4.2.18 BEW10 Plexuschirurgie (V2.0)

Intraoperatives Nerven-Monitoring: Leistungserbringer, die Plexuschirurgie oder Replantation durchführen, müssen in Zusammenarbeit mit der Neurologie ein intraoperatives Nerven-Monitoring betreiben.

4.2.19 PLC1 Eingriffe in Zusammenhang mit Transsexualität (V2.0)

Gynäkologische Endokrinologie und psychiatrische Betreuung: Bei Eingriffen im Zusammenhang mit Transsexualität müssen die gynäkologisch-endokrinologische sowie die psychiatrische Betreuung vor und nach den Eingriffen sichergestellt sein.

4.2.20 GYNT: GYN1.1 Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina, GYN1.2 Maligne Neoplasien der Cervix, GYN1.3 Maligne Neoplasien des Corpus Uteri und GYN1.4 Maligne Neoplasien des Ovars (ZH-Entwurf SPLG-2018; angepasst)

Die Leistungsgruppen GYN1.1 Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina, GYN1.2 Maligne Neoplasien der Zervix, GYN1.3 Maligne Neoplasien des Corpus Uteri und GYN1.4 Maligne Neoplasien des Ovars werden zur neuen Leistungsgruppe GYNT Gynäkologische Tumoren zusammengefasst. Diese beinhalten einen erheblichen Anteil Tumore, bei denen technisch anspruchsvolle operative Eingriffe im kleinen Becken und Lymphadenektomien indiziert sein können. Dafür ist eine entsprechende operative Erfahrung in der Weiterbildung wie auch in der aktuellen Anwendung notwendig. Einige dieser Tumore bedürfen weniger ausgedehnter Therapien und Operationen, deren freie Indikationsstellung unter Berücksichtigung der aktuell möglichen, nicht-chirurgischen Alternativen jedoch auch gewährleistet werden muss. Aus diesen Gründen werden die Operationen bei gynäkologischen Tumoren insgesamt in einer Leistungsgruppe zusammengefasst.

Im Kanton Bern kann der Leistungsauftrag GYNT mit folgender Einschränkung erteilt werden: „Der Leistungsauftrag GYNT umfasst nur „Maligne Neoplasien des Corpus uteri“ (bisher GYN1.3) und „Maligne Neoplasien des Ovars“ (bisher GYN1.4). „Maligne Neoplasien der Vulva und der Vagina“ (bisherige Leistungsgruppe GYN1.1) und „Maligne Neoplasien der Zervix“ (bisherige Leistungsgruppe GYN1.2) sind vom Leistungsauftrag ausgeschlossen.“

4.2.21 GYN2 Maligne Neoplasien der Mamma (ZH-Entwurf SPLG-2018; angepasst)

Die Umbenennung der Leistungsgruppe GYN2 Maligne Neoplasien der Mamma in „anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum“ und die damit verbundene Anforderung der Anerkennung als zertifiziertes Brustzentrum wird im Kanton Bern nicht übernommen.

4.2.22 GEBH Geburtshäuser und NEOG Grundversorgung Neugeborene (ab 37. SSW) (Version 2017.2)

Anforderungen an ein Geburtshaus

Einführung

Die Hebamme ist eine anerkannte Gesundheitsfachperson, welche für ihre professionellen Handlungen verantwortlich und haftbar ist. Sie arbeitet mit den Frauen partnerschaftlich zusammen und gewährt ihnen die erforderliche Unterstützung, Betreuung und Beratung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Sie leitet eigenverantwortlich die Geburt und betreut das Neugeborene und den Säugling. Die

Arbeit der Hebamme umfasst präventive Massnahmen, die Förderung der normalen Geburt, das Erkennen von Komplikationen bei Frau und Kind, die Gewährleistung notwendiger medizinischer Behandlung oder anderer angemessener Unterstützung sowie die Durchführung von Notfallmassnahmen.

Strukturelle Anforderungen

- Die Versorgung der Frauen wird während 365 Tagen über 24 Stunden von den diensthabenden Hebammen garantiert. Die personelle Sicherstellung erfolgt durch mindestens 3 Hebammen mit Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung.
- Verfügbarkeit:
 - Eine Hebamme ist für die Frauen ab der 37. Schwangerschaftswoche bis Ende des Wochenbettes immer erreichbar.
 - Eine Hebamme muss jederzeit innert 30 Min. im Geburtshaus sein (Pikettendienste sind möglich).
 - Befindet sich eine Frau im Geburtshaus, ist immer eine Fachperson (Hebamme, Pflegefachfrau/Pflegefachmann) im Geburtshaus anwesend.
 - Bei jeder Geburt sind gegen Ende der Austreibungsphase 2 Personen anwesend: Entweder 1 Pflegefachfrau/Pflegefachmann und 1 Hebamme oder 2 Hebammen.
- Kooperationsvertrag³⁰ mit Geburtsklinik und Neonatologie Klinik:
 - Regelung der Zusammenarbeit in Notfallsituationen (Notfallkonzept³¹)
 - Regelung zur Gewährleistung der fachärztlichen Betreuung vor Ort (im Geburtshaus) oder durch Sicherstellung eines umgehenden Notfalltransports
- Weiterbildungskurse für Reanimation des Neugeborenen
- Arbeitsanweisung für Notfallsituationen bei Gebärenden, Wöchnerinnen und Kind
- Handbuch zur Qualitätssicherung auf aktuellem Stand
- Apparative Einrichtungen
 - Infusionen, wehenhemmende Mittel, Notfall-Medikamente, Ausrüstung zur Nahtversorgung
 - Sauerstoff, Ambu-Beutel und Oxymetrie-gät
 - Kinderärztliches Notfallset
 - CTG
 - Erstversorgungsplatz für Neugeborenes mit Wärmestrahler und ausreichenden Lichtverhältnissen
 - optional: BiliBed (Phototherapie bei Hyperbilirubinämie)

Einschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus

- Durchführung von voraussichtlich komplikationslosen Spontangeburt.
Die verantwortliche Hebamme entscheidet über Geburt, Wochenbett und Stillzeit im Geburtshaus. Die zulässigen Aufnahmediagnosen sind auf der Internetseite der GD Zürich zu finden unter: „Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Leis-

³⁰ Vgl. Ziffer 4.2.37 Buchstabe a) zur formalen Ausgestaltung des Kooperationsvertrages.

³¹ Vgl. Ziffer 4.1.2 zur Verfügbarkeit des ärztlichen Personals bei einem Notfall.

tungsgruppen“ (ICD- und CHOP-Codes) der Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik mit “GEBH“ bzw. “NEOG“³².

- Durchführung von Einling-Entbindungen
- Mindestens 1 Kontrolle vor der 37. SSW
 - Mindestens eine Voruntersuchung und Erhebung der Anamnese bei der Hebamme des Geburtshauses.
 - Ein Ultraschall bei einer Fachärztin oder einem Facharzt Gynäkologie / Geburtshilfe wird empfohlen und bei Auffälligkeiten verlangt. Ein Verzicht nach Aufklärung und Beratung wird von der Hebamme dokumentiert.
- Geburten und Betreuung der Neugeborenen ab der 37. SSW (36 0/7 SSW) und einem Geburtsgewicht ab 2000g.
- Bei Übertragung (ab Ende 42. SSW) Rücksprache mit dem Spital (Geburtshilfe) oder der Fachärztin/dem Facharzt Gynäkologie / Geburtshilfe.
- Versorgung von Dammverletzungen 1. oder 2. Grades.
- Aufnahme nach Entbindung (Betreuung nur im Wochenbett) bei Zuweisung aus einem Spital mit einem Leistungsauftrag NEO1 ab der 35 0/7 SSW und einem Mindestgewicht von 2000g (unabhängig vom Geburtsgewicht).
- Das Geburtshaus ist verpflichtet die Frau über die Möglichkeiten und Grenzen im Geburtshaus mündlich und schriftlich aufzuklären. Die Einwilligungserklärung des Geburtshauses ist von der Frau mit Datum und Unterschrift zu unterzeichnen. Sinngemäss muss folgender Inhalt übermittelt werden:

Eine Geburt ist in den meisten Fällen ein normaler körperlicher Vorgang. Im Geburtshaus stehen Ausrüstung und Medikamente zur Verfügung, die für eine normale Geburt notwendig sind. Eine Notfallausrüstung für Mutter und Kind ist stets einsatzbereit. Die Schwangere wurde darüber informiert, dass trotz der korrekten Durchführung der obengenannten Massnahmen das Auftreten unvorhergesehener medizinischer Probleme nicht völlig auszuschliessen ist. Es liegt jederzeit im Ermessen der Hebammen zu entscheiden, ob die weitere Betreuung durch eine Ärztin, einen Arzt oder eine Klinik erfolgen muss. In einer Notfallsituation ist jede Hebamme des Geburtshauses ermächtigt, entsprechend ihren Kompetenzen Erste Hilfe zu leisten oder Mutter und Kind in ein Spital einzuweisen.

Einschlusskriterien nach vorheriger Abklärung (relative Einschlusskriterien)

Die Hebamme kann die Übernahme der medizinischen Verantwortung für eine Frau verweigern, wenn keine Beurteilung einer Fachärztin oder eines Facharztes vorliegt, oder die Hebamme auf Grund der fachärztlichen Beurteilung die Verantwortung nicht übernehmen will. Die Abklärung wird von der Hebamme schriftlich dokumentiert. Zu den Einschlusskriterien, die eine vorherige Abklärung durch die Hebamme und – wenn nötig – durch die Spezialärztin/den Spezialarzt oder Gynäkologin/Gynäkologen erfordern, zählen:

³² Vgl.

http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_leistungsgruppen/leistungsgruppen.html.

- Beckenprobleme (z.B. St. n. Beckenfraktur, Beckenbodenverletzungen, inkompletter Beckenring)
- Erkrankungen des Blutes und Blut bildender Organe
- Chronische Entzündungen des Magen-Darm-Bereichs (z.B. M. Crohn, Colitis ulcerosa)
- Autoimmunerkrankungen oder genetische Erkrankungen
- Angeborene Herzfehler, Herzerkrankungen, St. n. Herzoperationen
- Neurologische Erkrankungen
- Diätetisch eingestellter Diabetes bzw. Gestationsdiabetes

Ausschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus

Ausschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus oder Verlegungsgründe einer Frau oder des Neugeborenen vor, während, nach der Geburt oder aus dem Wochenbett in ein Spital sind auf der Internetseite der GD ZH zu finden unter „Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen“ (ICD- und CHOP-Codes) der Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik unter GEBH bzw. NEOG nicht aufgeführten geburtshilflichen und neonatologischen CHOP- und ICD-Codes³³.

Ausschlusskriterien (beispielhaft genannt)

- Beckenendlagen (sofern und soweit voraussehbar)
- Status nach transmuralen Operationen am Uterus (Myomenukleationen, Sectio caesarea)
- Polyhydramnion (möglich wenn fetale Risiken durch eine fachärztliche Beurteilung mit Ultraschall ausgeschlossen wurden)
- Placenta praevia, V.a. Placenta increta/percreta (sofern vor Geburt feststellbar)
- Zustand nach Transplantationen (Niere, Lunge, Pankreas, Herz usw.)
- Abusus von Alkohol, Opiaten, Kokain
- Ausgedehnte Zervixrevisionen (möglich wenn ein Geburtshindernis durch eine fachärztliche Beurteilung mit Ultraschall ausgeschlossen wurde)

Verlegungsgründe ins Spital (beispielhaft genannt)

- Mekoniumabgang bei schlechten Zusatzkriterien wie Geburtsdynamik, pathologisches CTG, etc.
- Blasensprung grösser 48 Stunden ohne Geburtsfortschritt

4.2.23 Gestationsalter (ZH-Entwurf SPLG-2018)

**GEB1 Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und > als 2000g),
NEO1 Grundversorgung Neugeborene (ab GA 34 0/7 SSW und GG 2000g) und
GEB1.1 Geburtshilfe (ab 32. SSW und >=1250g)**

Die Angaben in den Titeln der obenannten Leistungsgruppen GEB und NEO sind aufgrund unterschiedlicher Nomenklaturen nicht übereinstimmend. Die Benennung der Leistungsgruppen GEB und NEO ist deshalb zu vereinheitlichen und gemäss der bisherigen Bezeichnung der NEO mit präzisen Angaben zum Gestationsalter (zum Beispiel „ab GA 35 0/7 SSW und GG 2000g“ anstatt „ab 36. SSW“) auch für die GEB zu übernehmen. Betroffen sind die Leistungsgruppen GEB1 und GEB 1.1.

³³ Vgl.

http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_leistungsgruppen/leistungsgruppen.html.

Bei den Leistungsgruppen GEB1 und NEO1 muss zudem die untere Grenze für das Gestationsalter der Neugeborenen gemäss den Richtlinien der Neonatologischen Fachgesellschaften angehoben werden von GA 34 0/7 auf GA 35 0/7 SSW (Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland, Version vom 5.12.2012)³⁴. Die Anhebung des Gestationsalters ist auch deshalb sinnvoll, weil gemäss der Datenauswertung der letzten Jahre ein Viertel der Neugeborenen mit GA 34 0/7 bis 6/7 SSW von den Spitälern mit Leistungsauftrag GEB1 und NEO1 verlegt werden mussten.

- GEB1 bisher mit „Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und $\geq 2000\text{g}$)“ definiert, heisst **neu „Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35 0/7 SSW und GG $\geq 2000\text{g}$)“**
- NEO1 bisher mit „Grundversorgung Neugeborene (ab GA 34 0/7 SSW und GG 2000g definiert, heisst **neu „Grundversorgung Neugeborene (ab 35 0/7 SSW und GG $\geq 2000\text{g}$)“**
- GEB1.1 bisher mit Geburtshilfe (ab 32. SSW und $\geq 1250\text{g}$)“ definiert, heisst **neu „Geburtshilfe (ab 32 0/7 SSW und GG $\geq 1250\text{g}$)“**

Die weiteren Leistungsgruppen GEB und NEO müssen nicht angepasst werden:

- NEO1.1 Neonatologie (ab GA 32 0/7 SSW und GG 1250g)
- GEB1.1.1 Spezialisierte Geburtshilfe
- NEO1.1.1 Spezialisierte Neonatologie (ab GA 28 0/7 SSW und GG 1000g)
- NEO1.1.1.1 Hochspezialisierte Neonatologie (GA < 28 0/7 SSW und GG $< 1000\text{g}$)

4.2.24 GEB1 bis GEB1.1.1 Geburtshilfe (Version 2017.1)

Pränatale Hospitalisationen: Bei pränatalen Hospitalisationen auf einer Geburtsklinik GEB1 muss eine Rücksprache mit einer entsprechenden neonatologischen Abteilung, mindestens NEO1.1 erfolgen.

Für die Geburt muss die Frau rechtzeitig in ein Spital mit Leistungsauftrag für den erwarteten Zustand des Kindes verlegt werden.

Drillingsgeburten dürfen nur in Spitälern mit Leistungsauftrag GEB1.1.1 erfolgen.

4.2.25 NEO1 bis NEO1.1.1.1 Neonatologie (Version 2017.1)

*Anforderungen gemäss Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland*³⁵.

Mechanische Beatmung über die CPAP-Beatmung hinaus und von mehr als 2 Stunden bedarf eines Leistungsauftrag NEO1.1.1.

4.2.26 NUK1 Nuklearmedizin (V2.0) *angepasst*

*BAG-Strahlenschutzbestimmungen*³⁶: In der Nuklearmedizin sind die Strahlenschutzbestimmungen des BAG zu erfüllen.

³⁴ Swiss Society of Neonatology „Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland“ www.neonet.ch.

³⁵ Vgl. FN 34.

³⁶ Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/gesetzgebung/gesetzgebung-mensch-gesundheit/gesetzgebung-strahlenschutz.html>.

4.2.27 UNF1 Unfallchirurgie Polytrauma und UNF1.1 Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma) (ZH-Entwurf SPLG-2018)

Die beiden Leistungsgruppen UNF1 Unfallchirurgie Polytrauma und UNF1.1 Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma) wurden neu der IVHSM zugeordnet. Die Vergabe von Leistungsaufträgen im HSM-Bereich durch den Kanton Bern richtet sich nach der nachfolgenden Ziff. 6. betreffend die Hochspezialisierte Medizin.

4.2.28 KINM Kindermedizin und KINC Kinderchirurgie (Version 2017.1)

Anforderungen an die Pädiatrie und Kinderchirurgie: Die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen erfolgt grundsätzlich in einer Kinderklinik. Eine Kinderklinik ist eine Institution oder Abteilung an einem Spital, wo Kinder und Jugendliche <16 Jahre (bis zum 16. Geburtstag) ambulant, tagesklinisch oder stationär betreut werden. Eine Kinderklinik stellt sicher, dass alle Behandlungen an Kindern und Jugendlichen von qualifiziertem Personal für Kinder und Jugendliche ausgeführt werden. Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen werden von Erwachsenen räumlich getrennte Versorgungseinheiten angeboten. Grundsätzlich gelten für Kinderspitäler dieselben Qualitätsanforderungen wie für alle Listenspitäler. Sonderregelungen sind in begründeten Ausnahmefällen in Absprache mit der GEF möglich, wie zum Beispiel der Verzicht auf die Anwendung der Mindestfallzahlen aufgrund der kleinen Fallzahlen.

Kriterien für eine Kinderklinik:

1. Ärztlicher Dienst mit Fachärztinnen und Fachärzten für Pädiatrie respektive Kinderchirurgie
2. Pflegefachpersonen mit spezialisierter Ausbildung in Kinderkrankenpflege
3. Kinderspezifische und kindergerechte Bettenstationen und Infrastruktur
4. Unterbringungsmöglichkeiten der Bezugspersonen
5. Spitalschule für altersspezifischen Unterricht ab siebtem Hospitalisationstag

Leistungserbringer, welche die Anforderungen an eine Kinderklinik erfüllen, können sich für Leistungsaufträge in Pädiatrie und Kinderchirurgie bewerben.

Pädiatrie:

- Stationäre pädiatrische Patientinnen und Patienten <16 Jahre (bis zum 16. Geburtstag) sind grundsätzlich in einer Kinderklinik zu behandeln.
- Die Pädiatrie wird von einer Fachärztin oder einem Facharzt mit Facharztstitel in Kinder- und Jugendmedizin geleitet.

Kinderchirurgie:

- Stationäre chirurgische Patientinnen und Patienten <16 Jahre (bis zum 16. Geburtstag) sind grundsätzlich in einer Kinderklinik zu behandeln.
- Die Kinderchirurgie wird von einer Fachärztin oder einem Facharzt mit Facharztstitel Kinderchirurgie geleitet.
- Bei Kindern <6 Jahre (bis zum 6. Geburtstag) muss eine Kinderanästhesie³⁷ gewährleistet sein.
- Komplexe chirurgische Eingriffe können von der Kinderklinik in Zusammenarbeit mit einem Erwachsenenspital erfolgen. Voraussetzung ist, dass so-

³⁷ Eine Anästhesie bei Kindern < 6 Jahre (bis zum 6. Geburtstag) muss grundsätzlich durch ein Team von in Kinderanästhesie erfahrenen Fachleuten (inkl. dazugehörige Infrastruktur) durchgeführt werden (s. Standards und Empfehlungen der SGKA / SGAR 2004). Die Kinderanästhesie muss bei Komplikationen postoperativ während 24 Stunden innerhalb von 30 Minuten verfügbar sein.

wohl die anästhesiologischen Grundvoraussetzungen erfüllt sind, als auch eine kindergerechte Betreuung gewährleistet ist.

Zusätzlich wird ein entsprechender organspezifischer Leistungsauftrag vergeben.

4.2.29 KINB Basis-Kinderchirurgie (Version 2017.1)

Leistungserbringer, welche die Anforderungen an eine Kinderklinik NICHT erfüllen, können sich für einen Leistungsauftrag für Basis-Kinderchirurgie bewerben.

Basis-Kinderchirurgie:

Einfache chirurgische Leistungen bei sonst gesunden Kindern können unter bestimmten Voraussetzungen an Spitälern der Erwachsenenmedizin stattfinden. Die in Frage kommenden chirurgischen Leistungen wie z.B. unkomplizierte Appendizitis, einfache Frakturen, Tonsillenhypertrophie sind in einer abschliessenden CHOP-Liste zusammengefasst, die auf der Internetseite der GD ZH zu finden ist.³⁸

Folgende Voraussetzungen müssen für einen Leistungsauftrag in Basis-Kinderchirurgie erfüllt werden:

- Das Spital verfügt über einen Leistungsauftrag in der Erwachsenenmedizin für die entsprechenden Behandlungen.
- Bei Kindern <6 Jahre (bis zum 6. Geburtstag) muss eine Kinderanästhesie³⁹ gewährleistet sein.

4.2.30 GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum (Version 2015.1) *angepasst*

Anforderungen an ein Kompetenzzentrum Akutgeriatrie

Grundsätzlich gehört die Diagnostik und Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten zur Basisversorgung aller Akutspitäler. Lediglich Patientinnen und Patienten, die auf eine spezifisch geriatrische Behandlung angewiesen sind, sollen an einem Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie medizinisch versorgt werden.

Kompetenzzentrum Akutgeriatrie:

In einem Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie wird der Diagnostik und Behandlung von spitalbedürftigen akut erkrankten alten, und meist multimorbiden, Menschen mit dem Ziel der Reintegration in das eigene soziale Umfeld besonders Rechnung getragen. Für Behandlungen an einem Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie ist der CHOP 93.89.9x „geriatrische-frührehabilitative Komplexbehandlungen“ vorgesehen. Um diesen CHOP codieren zu dürfen, sind Mindestanforderungen definiert, welche die GEF auch als Voraussetzung für einen Leistungsauftrag in Akutgeriatrie vorsieht.

Mindestanforderungen an ein Kompetenzzentrum Akutgeriatrie:

1. Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsführung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich „Klinische Geriatrie“ erforderlich).
2. Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion)

³⁸ Vgl.

http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_leistungsgruppen/leistungengruppen.html

³⁹ Vgl. Fussnote 37.

- und vor der Entlassung in mindestens 2 Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität).
3. Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/ausserhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen).
 4. Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.
 5. Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal.
 6. Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der 4 Therapiebereiche Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie.
 7. Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren.

Die Akutgeriatrie ist in einigen Spitälern noch im Aufbau begriffen. Dies ist derzeit mit kleinen Abteilungen verbunden, die zum Teil über weniger als 10 Betten respektive belegte Betten verfügen. Auch für kleine akutgeriatrische Kompetenzzentren ist es für die Patientin oder den Patienten wesentlich, dass eine Fachärztin/ein Facharzt Geriatrie die Behandlung durch das geriatrische Team fachärztlich leitet. Um diesem Anspruch zu genügen, ist eine Mindestpräsenz der Fachärztin oder des Facharztes Geriatrie vor Ort notwendig.

Pro akutgeriatrisches Bett muss deshalb **künftig** eine „Fachärztin oder ein Facharzt Geriatrie oder Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Geriatrie“ mindestens **im zeitlichen Umfang von** fünf Stellenprozenten **verfügbar sein**. Folglich müssen Spitäler mit 20 akutgeriatrischen Betten über einen oder mehrere Fachärztinnen oder Fachärzte Geriatrie oder Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Geriatrie mit insgesamt mindestens 100 Stellenprozenten verfügen. Zur Gewährleistung einer ausreichenden geriatrischen Kompetenz vor Ort, soll die Fachärztin oder der Facharzt Geriatrie an mindestens drei Wochentagen (Montag bis Freitag) im Spital anwesend sein, bei Institutionen mit mehr als 20 Betten an jedem Wochentag.

Im Kanton Bern sind zum heutigen Zeitpunkt noch nicht genügend Fachärztinnen und Fachärzte Allgemeine Innere Medizin inkl. Schwerpunkt Geriatrie vorhanden. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, können die fachärztlichen Anforderungen für den Leistungsauftrag GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum auch mit dem Leistungsauftrag BP Basispaket erfüllt werden. Neben dem Facharztstitel „Allgemeine Innere Medizin, inkl. Schwerpunkt Geriatrie“ kann die Leistung deshalb auch von Fachärztinnen und Fachärzten Allgemeine Innere Medizin erbracht werden.

4.2.31 SpezPalCare Spezialisierte Palliative Care im Spital angepasst

Der im Kanton Bern zu erteilende Leistungsauftrag „**SpezPalCare Spezialisierte Palliative Care in einem Spital**“ des Kantons Bern richtet sich gemäss Empfehlung vom Bundesamt für Gesundheit an den nationalen Vorgaben von palliative.ch aus. Er unterscheidet sich stark von dem auf der Zürcher Spitalliste aufgeführten Leistungsauftrag „PAL Kompetenzzentrum Palliative Care“. Der Leistungsauftrag „PAL Palliative Care Kompetenzzentrum“ des Kantons Zürich wird im Kanton Bern nicht vergeben.

Nachfolgend werden die Anforderungen des bernischen Leistungsauftrags „SpezPal-Care“ ausgeführt:

➤ **Personelle Anforderungen**

Ärztliches und psychologisches Fachpersonal				
Facharzt/Fachärztin	FA-Verfügbarkeit ⁴⁰	Dienstarzt/Dienstärztin	Konsiliardienst	Fachpsychologin/Fachpsychologe
<p>Fachärztliche Spezialisierung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Weiterbildung auf dem Gebiet der Palliativmedizin (Kompetenzniveau B1) der Fachgesellschaft palliative.ch vorhanden - Berufserfahrung Mind. 2 Jahre Tätigkeit in Palliativmedizin - Verfügbarkeit⁴¹ entsprechend den Vorgaben der GEF zur Facharztverfügbarkeit 	Level 1	<p>Ärztlicher Breitendienst</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zur Sicherstellung der lebensrettenden Sofortmassnahmen durch die diensthabende Ärztin / den diensthabenden Arzt innert 15 Min. Alternativ kann die ärztliche Interventionsfrist auch über den Beizug des Rettungsdienstes sichergestellt werden.⁴² - Die Überweisung von Notfällen in ein Spital mit NF-Station ist sichergestellt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fachspezialisten (z.B. Anästhesie, Pharmakologie, Radiotherapie, Onkologie, Psychiatrie, psychologische und spirituelle Begleitung) - Verfügbarkeit entsprechend den Vorgaben der GEF zur Facharztverfügbarkeit respektive zur Regelung der Verfügbarkeiten beim Personal in den Bereichen Psychologie, Therapie und Beratung⁴³ 	<ul style="list-style-type: none"> - Fachpsychologische Weiterbildung Eidg. Weiterbildungstitel in einem Fachgebiet der Psychologie gem. Art. 8 PsychG - Berufserfahrung mind. 1 Jahr Erfahrung in Palliativmedizin - Verfügbarkeit: entsprechend den Vorgaben der GEF zur Regelung der Verfügbarkeiten beim Personal in den Bereichen Psychologie, Therapie und Beratung⁴⁴
Personal therapeutische Bereiche				
Physiotherapie		Ergotherapie	Sonstige Therapien	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausbildung Eidg. anerkanntes Diplom einer Schule für Physiotherapie (gem. Art. 47a KVV) - Weiterbildung auf dem Gebiet der Palliativmedizin (Kompetenzniveau A1) der Fachgesellschaft palliative.ch absolviert - Berufserfahrung Mind. 50 % des Personals, mind. 2 Jahre Erfahrung - Verfügbarkeit entsprechend den Vorgaben der GEF zur Regelung der Verfügbarkeiten beim Personal in den Bereichen Psychologie, Therapie und Beratung⁴⁵ 		<ul style="list-style-type: none"> - Ausbildung Eidg. anerkanntes Diplom einer Schule für Ergotherapie (gem. Art. 48a KVV) - Weiterbildung auf dem Gebiet der Palliativmedizin (Kompetenzniveau A1) der Fachgesellschaft palliative.ch absolviert - Berufserfahrung Mind. 50 % des Personals, mind. 2 Jahre Erfahrung - Verfügbarkeit entsprechend den Vorgaben der GEF zur Regelung der Verfügbarkeiten beim Personal in den Bereichen Psychologie, Therapie und Beratung⁴⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausbildung Logopädie und Kunst-, Musik- Tanz- oder Bewegungstherapie - Verfügbarkeit entsprechend den Vorgaben der GEF zur Regelung der Verfügbarkeiten beim Personal in den Bereichen Psychologie, Therapie und Beratung⁴⁷ 	

⁴⁰ Vgl. Ziffer 4.1.1 zur Verfügbarkeit der notwendigen Fachärztinnen und Fachärzte.

⁴¹ Vgl. Ziffer 4.1.1 zur Verfügbarkeit der notwendigen Fachärztinnen und Fachärzte.

⁴² Vgl. Ziffer 4.1.2 zur Verfügbarkeit des ärztlichen Personals bei einem Notfall.

⁴³ Vgl. Ziffer 4.1.1 und Ziffer 4.1.3.

⁴⁴ Vgl. Ziffer 4.1.3.

⁴⁵ Vgl. Ziffer 4.1.3.

Personal Beratungsdienste		
Sozialdienst	Ernährungsberatung	Sozialpädagogik
<ul style="list-style-type: none"> - Ausbildung Eidg. anerkanntes Diplom in Sozialer Arbeit - Weiterbildung auf dem Gebiet der Palliativmedizin (Kompetenzniveau A1) der Fachgesellschaft palliative.ch absolviert - Berufserfahrung Mind. 2 Jahre Erfahrung - Verfügbarkeit: entsprechend den Vorgaben der GEF zur Regelung der Verfügbarkeiten beim Personal in den Bereichen Psychologie, Therapie und Beratung⁴⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausbildung Eidg. anerkanntes Diplom einer Schule für Ernährungsberatung (gem. Art. 50a KVV) - Weiterbildung auf dem Gebiet der Palliativmedizin (Kompetenzniveau A1) der Fachgesellschaft palliative.ch absolviert - Berufserfahrung Mind. 2 Jahre Erfahrung - Verfügbarkeit entsprechend den Vorgaben der GEF zur Regelung der Verfügbarkeiten beim Personal in den Bereichen Psychologie, Therapie und Beratung⁵⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausbildung Eidg. anerkanntes Diplom in Sozialpädagogik - Berufserfahrung Mind. 2 Jahre Erfahrung - Verfügbarkeit entsprechend den Vorgaben der GEF zur Regelung der Verfügbarkeiten beim Personal in den Bereichen Psychologie, Therapie und Beratung⁴⁸
Pflegepersonal		
Pflegedienstleitung	Pflegedienstpersonal Bettenstation	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausbildung Eidg. anerkanntes Diplom einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege (gem. Art. 49 KVV) - Weiterbildung <ul style="list-style-type: none"> - Fachliche und klinische Expertise auf dem Gebiet der Palliativpflege (Kompetenzniveau B1 der Fachgesellschaft palliative.ch) vorhanden. - Pflegemanagement - Berufserfahrung Mind. 2 Jahre Erfahrung in Palliativpflege - Form der Verfügbarkeit angestellt (mind. 60 %) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausbildung Eidg. anerkanntes Diplom einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege (gem. Art. 49 KVV) - Weiterbildung Pro Schicht mind. 1 dipl. Pflegefachperson mit Weiterbildung auf dem Gebiet der Palliativpflege (Kompetenzniveau B1) der Fachgesellschaft palliative.ch absolviert <u>und</u> 1 erfahrene Pflegefachperson mit Weiterbildung Kompetenzniveau A2 (auch FAGE in sinnvollem Skill/Grademix möglich) - Berufserfahrung Pro Schicht mind. 1 dipl. Pflegefachperson mit mindestens 6monatiger Erfahrung in spezialisierter palliativer Pflege <u>und</u> 1 Pflegefachfrau mit mindestens 2 Jahren Berufserfahrung. - Verfügbarkeit Form: angestellt, Zeitlich: 365 Tage/24 Std. 	
Multiprofessionelle Zusammenarbeit		
<p>Zwischen folgenden Fachpersonen findet ein regelmässiger Austausch statt: Ärztliche und psychologische Fachpersonen, Fachperson für Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialarbeit, Ernährungsberatung, Logopädie, Pflege, Seelsorge, Musik-, Kreativtherapie, Sozialpädagogik und freiwillige Mitarbeitende.</p>		

⁴⁶ Vgl. Ziffer 4.1.3.

⁴⁷ Vgl. Ziffer 4.1.3.

⁴⁸ Vgl. Ziffer 4.1.3.

⁴⁹ Vgl. Ziffer 4.1.3.

⁵⁰ Vgl. Ziffer 4.1.3.

➤ **Sonstige Anforderungen**

Prozessanforderungen

- Support bei Triage und Zuweisungen:
Zuweiserinnen und Zuweiser, Patientinnen und Patienten sowie ihre Bezugspersonen werden zum Zeitpunkt der Anmeldung durch qualifizierte Fachpersonen des Spitals bei der Wahl des geeignetsten Behandlungssettings beraten (Prozess vorhanden). Sie werden über ambulante, aufsuchende oder teilstationäre Alternativen informiert. Dabei werden Präferenzen der Patientinnen und Patienten und gegebenenfalls der Bezugspersonen berücksichtigt.
- Information und Zusammenarbeit:
Soweit die Patientin oder der Patient einverstanden ist, werden Grundversorgerinnen oder Grundversorger und Bezugspersonen unmittelbar nach einer stationären Aufnahme informiert über das Behandlungssetting, die fallverantwortliche Ärztin oder den fallverantwortlichen Arzt sowie andere zuständige Personen (Sozialdienst, Pflege) sowie Kontaktmöglichkeiten.
- Behandlungsplanung:
Für sämtliche Patientinnen und Patienten wird ein interdisziplinärer Behandlungsplan erstellt. Dieser umfasst die mit der Behandlung angegangenen Probleme, die Diagnose, Behandlungsziele und Kriterien für einen Wechsel des Behandlungssettings (z.B. Übertritts- oder Entlassungskriterien), sowie Massnahmen der Evaluation. Die Bezugspersonen werden, bei Einverständnis der Patientin oder des Patienten, angemessen in die Planung einbezogen. Die Zielerreichung wird individuell dokumentiert.
- Austritts- und Übertrittsplanung:
Ein Konzept für die Austritts- und Übertrittsplanung ist vorhanden, welches sowohl die medizinische, pflegerische als auch die sozialen Aspekte berücksichtigt. Ein Kurzbericht wird bei Austritt zu Händen der Patientin oder des Patienten erstellt. Darin enthalten sind genaue Angaben über das weitere Vorgehen. Ein ausführlicher Entlassungsbericht erfolgt innert 10 Tagen an die nachbetreuenden Stellen, wenn die betroffene Person damit einverstanden ist.
- Freitodbegleitung:
Die Einrichtung verfügt über eine Grundsatzklärung zur Frage der Beihilfe zum Suizid (Freitodbegleitung). Die Grundsatzklärung wird dem Patienten oder der Patientin und ihren Angehörigen bekannt gegeben.
- Nachweis der Vergabe des Labels "Qualität in Palliative Care" des Schweizerischen Vereins für Qualität in Palliative Care⁵¹.

➤ **Infrastruktur**

- NF- und Routinelabor, jederzeit verfügbar
- konventionelle RX
- Notrufanlagen in allen Zimmern inkl. Korridoren, Toiletten, Aufenthalts- und Therapieräumen
- alle Patientenzimmer, Aufenthalts- und Therapieräume sowie Nasszellen sind rollstuhlgängig und behindertengerecht

⁵¹ Vgl. www.palliative.ch/de/fachbereich/arbeitsgruppen-standards/qualitaet/.

- Die Patientenzimmer verfügen über einen Sauerstoffanschluss (mobiles) Vakuum
- Mindestgrösse: 8 Betten oder 100 Patientinnen/Patienten pro Jahr

4.2.32 BP / BPE Basispaket / Basispaket elektiv (Version 2017.1) *angepasst*

Anforderungen an Basispaket und Basispaket Elektiv

Voraussetzung für einen reibungslosen Spitalbetrieb ist, dass die Basisversorgung während 365 Tagen über 24 Stunden jederzeit gewährleistet ist. Hierfür wurden zwei Basispakete definiert, welche die Grundlage für alle anderen Leistungsgruppen bilden: Basispaket (BP) und Basispaket Elektiv (BPE). Das BP bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Das BPE ist dagegen Grundlage für Leistungserbringer, die primär elektiv tätig sind und **in der Regel** über keine Notfallstation verfügen.

Das BP umfasst alle Leistungen der Basisversorgung (Grundversorgung) in sämtlichen Leistungsbereichen. Diese Leistungen werden im Spitalalltag in der Regel von den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Chirurgie ohne Beizug von weiteren Fachärztinnen und Fachärzten erbracht. Das BP bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Das BP ist zudem eine Voraussetzung für alle Leistungsgruppen mit einem hohen Anteil an Notfallpatientinnen und Notfallpatienten. Da Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten oft mit unklaren Beschwerden ins Spital kommen, ist nicht nur das Führen einer adäquaten Notfallstation, sondern auch das Angebot einer breiten Basisversorgung wichtig. Nur dies garantiert, dass bei Notfallpatientinnen und Notfallpatienten mit unklaren Beschwerden eine umfassende Differentialdiagnose und gegebenenfalls eine sofortige Erstbehandlung vorgenommen werden kann. Als wichtige Basis sind am Spital die Abteilungen Innere Medizin und Chirurgie vertreten. Spezifikationen und weitere Anforderungen gemäss nachfolgender Tabelle: Notfall, Intensivstation, Radiologie, Labor, Kooperation mit Infektiologie und Psychiatrie, **Geriatric**.

Das BPE ist ein Teil des BP und umfasst die Basisversorgungs-Leistungen aus denjenigen „elektiven Leistungsbereichen“, in denen das Spital über einen Leistungsauftrag verfügt. Hat z.B. ein Leistungserbringer einen Leistungsauftrag für urologische Leistungsgruppen, so umfasst das BPE alle urologischen „Basisleistungen“. Das BPE bildet **grundsätzlich** die Grundlage für alle Leistungserbringer ohne Notfallstation. Spitäler mit dem BPE können nur Leistungsgruppen mit vorwiegend elektiven Eingriffen anbieten. Es sind dies Leistungsgruppen in den Leistungsbereichen Ophthalmologie, Hals-Nasen-Ohren, Bewegungsapparat, Gynäkologie und Urologie. Als wichtige Basis ist am Spital eine Ärztin oder ein Arzt z.B. Internistin/Internist, Anästhesistin/Anästhesist rund um die Uhr verfügbar. Beim BPE gelten die Anforderungen nur, wenn Patientinnen oder Patienten im Spital in Behandlung sind. Spezifikationen und weitere Anforderungen gemäss nachfolgender Tabelle: Labor, Kooperation mit Spital mit Basispaket und Infektiologie.

	Basispaket (BP)	Basispaket Elektiv (BPE)
Fachärztinnen/Fachärzte und Abteilungen im Spital	Medizinische Klinik geleitet durch Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin Chirurgische Klinik geleitet durch Fachärztin/Facharzt Chirurgie Anästhesie geleitet durch Fachärztin/Facharzt Anästhesie	Ärztliche Betreuung rund um die Uhr im Haus

(Fortsetzung)	Basispaket (BP)	Basispaket Elektiv (BPE)
Notfall (vgl. Ziffer 4.2.35)	Level 1	-
Intensivstation (vgl. Ziffer 4.2.36)	Level 1	-
Laborbetrieb	365 Tage; 24 Stunden	7 bis 17 Uhr
Radiologie mit Röntgen und CT	365 Tage; 24 Stunden CT-Befund in 30 Minuten durch Assistenzärztin/Assistenzarzt Radiologie (mind. 2 Jahre Erfahrung als Assistenzärztin/Assistenzarzt Radiologie) oder bei medizinischer Notwendigkeit durch Fachärztin/Facharzt.	--
Kooperation mit Spital oder Konsiliararzt	Infektiologie Psychiatrie oder Psychosomatik	Infektiologie
GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum	Die fachärztlichen Anforderungen für den Leistungsauftrag GER können auch mit dem BP erfüllt werden. Neben dem Facharzttitel „Allgemeine Innere Medizin, inkl. Schwerpunkt Geriatrie“ sind auch Fachärztinnen und Fachärzte Allgemeine Innere Medizin möglich (vgl. Ziffer 4.2.30).	
Palliative-Care Basisversorgung	Basisversorgung ⁵²	

4.2.33 Facharzt-Qualifikation Kinder- und Jugendmedizin (Version 2015.1)

Die folgende Tabelle enthält die Gegenüberstellung der Facharzttitel Erwachsenenmedizin und Kindermedizin:

Erwachsenenmedizin	Kindermedizin
Allgemeine Innere Medizin	Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie)
Chirurgie	Kinderchirurgie
Neurologie	Schwerpunkt Neuropädiatrie
Endokrinologie / Diabetologie	Schwerpunkt päd. Endokrinologie-Diabetologie
Gastroenterologie	Schwerpunkt päd. Gastroenterologie und Hepatologie
Hämatologie, medizinische Onkologie	Schwerpunkt päd. Onkologie-Hämatologie
Kardiologie	Schwerpunkt päd. Kardiologie
Radio-Onkologie / Strahlentherapie	Schwerpunkt päd. Radiologie
Nephrologie	Schwerpunkt päd. Nephrologie
Pneumologie	Schwerpunkt päd. Pneumologie
Rheumatologie	Schwerpunkt päd. Rheumatologie

4.2.34 Strahlentherapie – Verlegung in Radio-Onkologie-Zentren (RAO1)

In Bezug auf die im Kanton Bern bestehenden Zentren für Radio-Onkologie gilt folgende Regelung:

Für ambulante Strahlentherapien, die innerhalb einer stationären Behandlung erfolgen, kann die Patientin oder der Patient – sofern dies für sie oder ihn zumutbar ist – für die Behandlung in die im Kanton Bern dafür vorgesehenen Radio-Onkologie-Zentren: Die Radio-Onkologie Berner Oberland AG, Thun und die Radio-Onkologiezentrum, Biel Seeland Berner Jura AG, Biel, verlegt werden. Das Listenspital schliesst dazu mit dem betroffenen Radio-Onkologie-Zentrum einen Kooperationsvertrag⁵³ ab. Das Listenspital bleibt in jedem Fall für die fachlich sachgerechte Ausführung des Leistungsauftrags verantwortlich.

⁵² Grundsätzlich gehört die Palliative-Care-Behandlung zur Basisversorgung aller Akutspitäler. Lediglich Patientinnen und Patienten, die auf eine spezifisch palliative Behandlung angewiesen sind, sollen in Spitälern medizinisch versorgt werden, die den Leistungsauftrag SpezPalCare gemäss Ziffer 4.2.31 haben.

⁵³ Vgl. Ziffer 4.2.37 Buchstabe a) zur formalen Ausgestaltung des Kooperationsvertrages.

4.2.35 Notfallstation (Version 2015.1) *angepasst*

Für Spitalstandorte mit Basispaket (**BP**) und damit Notfallpatientinnen und Notfallpatienten wird das Führen einer adäquaten Notfallstation vorgeschrieben. Im Kanton Bern wird zudem auch für einzelne Leistungsgruppen mit Basispaket für elektive Leistungserbringer (**BPE**) eine Notfallstation vorgeschrieben⁵⁴.

In **Abhängigkeit der Dringlichkeit der Notfallbehandlungen** pro Leistungsgruppe, werden die Anforderungen an Notfallstationen in Level 1 bis 3 unterschieden. Für die Geburtshilfe sind im Level 4 zusätzlich spezifische Notfalleanforderungen vorgeschrieben. Für Notfallstationen (NFS) mit NFS Level 1 wird zudem eine Delegationsmöglichkeit vorgesehen (siehe dazu nachfolgend unter Buchstabe a) und die Tabelle unter Buchstabe b).

a.) Notfallstationen-Level

- **Notfallstationen Level 1**

Bei allen Leistungsgruppen der SPLG-Systematik Akutsomatik BE mit **NFS Level 1** können sich die Listenspitäler mittels **Kooperationsvertrag**⁵⁵ zeitlich vom Führen einer (eigenen) adäquaten NFS am Standort der Leistungserbringung befreien. Damit besteht für diese Listenspitäler die Möglichkeit, den Betrieb der NFS Level 1 vor Ort zeitlich einzuschränken, d.h. die NFS Level 1 muss nicht ganzjährig durchgehend 24 Std./7 Tage geöffnet sein.

Der Entscheid der Verlegung einer Patientin oder eines Patienten liegt in der Verantwortung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes.

Für die strukturierte Aufarbeitung von Konfliktfällen nehmen die betroffenen Spitäler an der für diesen Zweck institutionalisierten „Peer Group“ teil.

- **Notfallstationen Level 2 oder Level 3**

Bei Leistungsgruppen der SPLG-Systematik Akutsomatik BE mit **NFS Level 2** oder **NFS Level 3** wird das Führen einer adäquaten (eigenen) NFS am Standort der Leistungserbringung zwingend vorgeschrieben. Diese NFS muss dann auch für die zugeteilten Leistungsgruppen mit NFS Level 1 geführt werden.

- **Notfallstationen mit Level 4**

Für Leistungsgruppen der SPLG-Systematik Akutsomatik BE mit **NFS Level 4** (Geburtshilfe) wird das Führen einer adäquaten (eigenen) NFS am Standort der Leistungserbringung zwingend vorgeschrieben.

⁵⁴ Vgl. SPLG-Systematik Akutsomatik BE
https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/spitalliste.html#middlePar_textbild.

⁵⁵ Vgl. Ziffer 4.2.37 Buchstabe a) zur formalen Ausgestaltung des Kooperationsvertrages.

b.) Anforderungen an die Notfallstation in Abhängigkeit der Dringlichkeit der Notfallbehandlungen (Version 2015.2; gültig ab 1. Januar 2015) *angepasst*

	NFS Level 1	NFS Level 2	NFS Level 3	NFS Level 4 (Geburtshilfe)
Ärztliche Versorgung	<p>8-17 Uhr Mo-Fr: Ärztinnen und Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin oder Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung (multifunktionaler Spital-einsatz).</p>	<p>8-17 Uhr Mo-Fr: Ärztinnen und Ärzte mit Facharztqualifikation Chirurgie oder Medizin stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb 5 Minuten auf der Notfallstation (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig).</p>	<p>8-23 Uhr Mo-Fr: Ärztinnen und Ärzte mit Facharztqualifikation Chirurgie oder Medizin stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb 5 Minuten auf der Notfallstation (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig).</p>	<p>24-Stunden Mo-So: Eine Ärztin oder ein Arzt mit Facharztqualifikation Gynäkologie und Geburtshilfe steht der Geburtshilfe vor Ort zur Verfügung⁵⁶.</p> <p>Die Notfallsectio hat in weniger als 15 Minuten zu erfolgen (d.h. vom Entscheid bis zur Entbindung, sogenannte EE-Zeit).</p> <p><i>(Vgl. weiter Ziff. 4.1.1 zur Facharztverfügbarkeit)</i></p>
	<p>17-8 Uhr Mo-Fr und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen: Assistenzärztinnen und Assistenzärzte Medizin oder Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.</p>	<p>17-8 Uhr Mo-Fr und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen: Assistenzärztinnen und Assistenzärzte Medizin oder Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.</p>	<p>23-8 Uhr Mo-Fr und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen: Assistenzärztinnen und Assistenzärzte stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb 5 Minuten auf der Notfallstation. Davon ist mind. eine Assistenzärztin oder ein Assistenzarzt Medizin in der 2. Hälfte der Facharztausbildung. Zudem steht dem Notfall bei medizinischer Notwendigkeit eine Ärztin oder ein Arzt mit Facharztqualifikation Chirurgie innerhalb 15 Minuten</p>	

⁵⁶ Das Auftreten erster Anzeichen einer akuten fetalen Gefährdung bis zur fetalen Schädigung ist ein kontinuierlicher Prozess, was die Definition eines für Mutter und Kind sicheren Zeitintervalls zwischen Alarmierung und Entbindung verunmöglicht. Bei Schwangerschaften mit niedrigem Risikoprofil dürfen bei Auftreten einer akuten fetalen Gefährdung von der Alarmierung des Arztes mit Facharztreihe bis zur Entbindung des Kindes 30 Minuten nicht überschritten werden. Bei Risikoschwangerschaften oder Geburten mit Warnzeichen müssen substantiell kürzere Alarmierungs-Entbindungszeiten erreicht werden. Schwangerschaften mit hohem Risikoprofil dürfen nur in Kliniken mit entsprechender Ausstattung an Personal und Infrastruktur betreut werden. (vgl. weiter „Guideline sectio caesarea“ <http://www.sggg.ch/fachthemen/guidelines/>).

	NFS Level 1	NFS Level 2	NFS Level 3	NFS Level 4 (Geburtshilfe)
Ärztliche Versorgung (Fortsetzung)			(Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig) und eine Ärztin oder ein Arzt mit Facharztqualifikation Medizin innerhalb 30 Minuten zur Verfügung.	
Am Spital notwendige Fachdisziplinen	Beizug von Fachärztinnen und Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit in der Nacht (17 – 8 Uhr) und an Wochenenden und Feiertagen: <ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Innere Medizin (in 30 Minuten⁵⁷) - Chirurgie (in 30 Minuten⁵⁸) - Anästhesie (in 15 Minuten) 		Beizug von Fachärztinnen und Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit: <ul style="list-style-type: none"> - Anästhesie (im Haus) - Intensivmedizin (im Haus) 	Beizug von Fachärztinnen und Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit: <ul style="list-style-type: none"> - Anästhesie: Zwischen Ruf der Fachärztin/des Facharztes bis zur Entbindung des Kindes dürfen max. 30 Min. vergehen (erforderlich ist ein Konzept⁵⁹). - Hebammen: Die Hebamme ist im Spital, wenn die Gebärende eintritt.

4.2.36 Intensivstation (IS) (Version 2015.1) *angepasst*

Anforderungen an die Intensivstation (Version 2016)

Für Leistungsgruppen, die relativ oft eine Verlegung der Patientinnen und Patienten auf die Intensivstation erfordern, wird das Führen einer Intensivstation vorgeschrieben. Dabei wird zwischen drei Levels von Intensivstationen unterschieden, die je nach Komplexität der Intensivbehandlung pro Leistungsgruppe vorgeschrieben werden.

	Level 1 Überwachungsstation	Level 2 Intensivstation (IS) lt. SGI	Level 3 Intensivstation (IS) lt. SGI
Basis-Richtlinien	Weitere Ausführungen zur Überwachungsstation sind nachstehend aufgeführt.	Die Richtlinien vom 3.9.2015 für die Anerkennung von Intensivstationen durch die SGI, inkl. Anhang I Qualitätskriterien sind einzuhalten (vgl. https://www.swiss-icu-cert.ch/files/daten/Dokumente/02_SGI_ZK_IS_Zertifizierung_Richtlinien_2015_Anhang_I_Kriterien_V14_DT_170124.pdf)	
Zusatzbedingungen		Fachärztin/Facharzt als Hintergrunddienst (telefonisch immer erreichbar, innert 2 Stunden vor Ort).	Eine Fachärztin oder ein Facharzt ist immer vor Ort.

⁵⁷ Eine stete Präsenz im Hause ist nicht notwendig.

⁵⁸ Analog Fussnote 57.

⁵⁹ Es muss in einem **Konzept** dokumentiert werden, wie die max. 30 Min. zwischen Ruf des Facharztes bis zur Entbindung des Kindes im Fall einer Notfallsectio eingehalten werden. Die Prüfung kann entlang des Rapports von ausgewählten Einzelfällen erfolgen. Das **Nicht-Ärztliche** Anästhesiepersonal ist mit dieser Regelung nicht angesprochen. Dieses muss gemäss Dienstplan verfügbar sein.

Intensivstation (IS) Level 1 Anforderungen für eine Überwachungsstation gemäss SPLG-Systematik Akutsomatik BE: Leistungsgruppenspezifische Anforderungen (Version 2015.1 gültig ab 1. Januar 2015) *angepasst*

Präzisierung der Anforderungen an die Intensivstation Level 1 (Überwachungsstation):

Die Richtlinien für die Intensivstation Level 1 wurden überarbeitet. In der SPLG-Systematik Akutsomatik BE werden bei den Anforderungen zur Intensivstation Level 1 die IMC-Richtlinien nicht mehr erwähnt, sondern durch Anforderungen an die Überwachungsstation ersetzt. Dieses Vorgehen wurde von der Arbeitsgruppe Spitalplanung der GDK befürwortet.

Eine Überwachungsstation (gemäss IS Level 1) **im Haus, d.h. am Standort** ist erforderlich für:

- die post-operative Überwachung von Patientinnen und Patienten (primär elektive Eingriffe)
- die Übernahme von Patientinnen und Patienten von der Notfallstation (BP)
- die Übernahme von Patientinnen und Patienten von einer Bettenstation

Grundlagen:

1. Bei Bedarf muss ein 24h/7d Betrieb **im Haus (am Standort)** möglich sein.
2. Das Spital hat für die unverzügliche Verlegung von Patientinnen und Patienten **Kooperationserträge⁶⁰** mit umliegenden Spitälern, die über eine IS Level 2 gemäss Berner Spitalliste verfügen.
3. Das Spital behandelt nur ASA I-II bzw. stabile ASA III Patientinnen und Patienten (keine Risiko-Patienten).
4. Die Notwendigkeit einer häufigen Überwachung und/oder Atemunterstützung nach dem Eingriff ist präoperativ nicht vorhersehbar.

Fachpersonal:

5. Der Anästhesistin oder dem Anästhesist obliegt die Verantwortung der Betreuung in Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen (Chirurgie, Medizin). Dies betrifft die Sicherheit der Patientinnen und Patienten für geplante Eingriffe sowie die Übernahme von Patientinnen und Patienten von der Notfall- oder Bettenstation unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes der Patientin oder des Patienten und der Infrastruktur des Spitals. Die Anästhesistin oder der Anästhesist ist **im Haus** verfügbar.
6. Die ärztliche Leiterin oder der ärztliche Leiter ist dafür verantwortlich, dass während der Betriebszeiten eine Ärztin oder ein Arzt mit Erfahrung (2 Jahre Anästhesie oder 6 Monate IS) im Haus und innerhalb von 5 Minuten zur Intervention verfügbar ist.
7. Eine ärztliche Vertreterin oder ein ärztlicher Vertreter der Grunddisziplin (bei Verlegung von Bettenstation bzw. die Operateurin/der Operateur), welche oder welcher die Patientin oder den Patienten auf die Überwachungsstation überwiesen hat, muss jederzeit **im Haus** erreichbar und die Intervention muss <1 Stunde möglich sein.
8. Die Pflegefachpersonen verfügen über ein 1 Jahr Erfahrung im Aufwachraum oder in Intensiv- oder Anästhesie- oder Notfallpflege.

⁶⁰ Vgl. Ziffer 4.2.37. Buchstabe a) zur formalen Ausgestaltung des Kooperationsvertrages.

Das Spital erfüllt in Anlehnung an die IMC-Richtlinien folgende Anforderungen:

9. Konventionelle Röntgen-Untersuchungen sind rund um die Uhr **im Haus** (am Standort) verfügbar.
10. Laboruntersuchungen wie Chemie, Hämatologie, Blutgerinnung, Tests für Blut-Transfusionen, Blutgasanalyse sind rund um die Uhr **im Haus** verfügbar.
11. EKG, invasive BD- und ZVD-Messung, Pulsoxymetrie sind in genügender Anzahl **im Haus** vorhanden.
12. EKG mit 12-Ableitung, 1 Defibrillator/externer Schrittmacher, Infusomaten und Perfusoren, Intubationsbesteck, Respirator sind **im Haus** vorhanden.
13. Es wird sichergestellt, dass medizinische Notfallmassnahmen (wie Reanimation, Intubation, Einlage arterieller und zentraler Katheter, Thoraxdrainage etc.) jederzeit **im Haus** durchgeführt werden können.
14. Monitoring (gemäss SGAR Standards) **im Haus** ist gewährleistet.
15. Zentrale Überwachung **im Haus** mit Sichtkontakt zu allen Patientinnen und Patienten (bei >4 Plätzen z.B. Monitor).
16. Mindestens 2 feste Sauerstoffanschlüsse (nicht pro Bett), bei Bedarf weitere mobil pro Bett **im Haus**.
17. Mindestens 2 mobile Vakuumanschlüsse **im Haus**.
18. Die Überwachungsstation ist eine in sich geschlossene Einheit

4.2.37 Verknüpfung inhouse, mit Kooperationsvertrag oder mit Kooperationskonzept (V2.0) angepasst

Viele Patientinnen und Patienten benötigen fachübergreifendes medizinisches Wissen. Um dieses sicherzustellen, müssen Leistungen, die aus medizinischer Sicht eng verbunden sind, zusammen angeboten werden. Ist die fachübergreifende Behandlung besonders eng und die zeitliche Verfügbarkeit besonders wichtig, müssen diese Leistungen am gleichen Standort (**inhouse**) erbracht werden.

Andere Leistungen sind zwar aus medizinischer Sicht ebenfalls eng miteinander verbunden, die zeitliche Verfügbarkeit spielt jedoch eine untergeordnete Rolle. Diese Leistungen müssen deshalb nicht zwingend am gleichen Standort **des Leistungsauftrags** erbracht werden, sondern können – **entsprechend den Angaben zu den Leistungsgruppen in der SPLG-Systematik Akutsomatik BE** – entweder **mit einem Kooperationsvertrag** mit einem anderen Listenspital oder mit einem **Kooperationskonzept** sichergestellt werden. Ein Kooperationskonzept muss datiert sein und regelmässig aktualisiert werden.

Die Ausgestaltung in Form eines Kooperationsvertrages ist jedoch vorzuziehen.

Formale Ausgestaltung des Kooperationsvertrages und des Kooperationskonzeptes

Nachfolgend werden die Kriterien zur formalen Ausgestaltung eines Kooperationsvertrages und eines Kooperationskonzeptes aufgelistet, die das verlegende Spital berücksichtigen muss. Auf der Internetseite der GEF sind zudem Vorlagen aufgeschaltet⁶¹.

⁶¹ Vgl. Vorlage „Kooperationsvertrag“ und Vorlage „Kooperationskonzept“, https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/spitalliste.html#middlePar_textbild.

a. Kooperationsvertrag

Dieser umfasst folgende Punkte:

- die Beschreibung der für die Kooperation relevanten Behandlungsprozesse und Leistungsgruppen unter Berücksichtigung der Schnittstellen zwischen den Partnern;
- die Vertrags- und Ansprechpartner sind benannt;
- Art, inhaltlicher Umfang und Vergütung der medizinischen Leistungen sind definiert;
- die zeitliche Verfügbarkeit ist definiert;
- medizinische Dokumentation: Dem kooperierenden Listenspital sind die definierten Unterlagen rechtzeitig bereitzustellen. Eine gegenseitige, vollumfängliche Einsicht ist bei Bedarf bzw. auf Nachfrage zu gewährleisten.

b. Kooperationskonzept des Listenspitals

Dieses umfasst folgende Punkte:

- Beschreibung der für die Kooperation relevanten Behandlungsprozesse und Leistungsgruppen unter Berücksichtigung der Schnittstellen zwischen den Partnern;
- Information der in Frage kommenden Kooperationspartner (Spitäler) über das Konzept;
- Definition von Art und Umfang der medizinischen Leistungen;
- Definition der zeitlichen Verfügbarkeit des/der Kooperationspartner;
- Beschreibung der für den Kooperationspartner verfügbaren medizinischen Dokumentation: Dem Kooperationspartner sind die genannten Unterlagen rechtzeitig bereitzustellen. Eine gegenseitige, vollumfängliche Einsicht in die Patientendokumentation (Krankengeschichte) ist bei Bedarf bzw. auf Nachfrage zu gewährleisten.

4.2.38 Tumorboard (V2.0)

Bei Leistungen an Karzinompatientinnen und Karzinompatienten ist in der Regel ein Tumorboard erforderlich. Dieses setzt sich aus je einer Fachärztin/einem Facharzt für Radio-Onkologie/Strahlentherapie, Onkologie, Allgemeine Innere Medizin, Radiologie, Pathologie und der/dem jeweiligen organspezifischen Fachspezialistin oder Fachspezialisten zusammen und findet regelmässig statt. Mit der interdisziplinären Einzelfallbesprechung soll jeder Karzinompatientin und jedem Karzinompatienten eine optimierte und massgeschneiderte Behandlung nach modernsten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft ermöglicht werden. Je nach Stadium und Art der Erkrankung wird zwischen Operation, interventionellen Methoden, Bestrahlung, Chemotherapien oder kombinierten Verfahren entschieden.

Tumorboards können grundsätzlich in Kooperation mit einem anderen Spital erbracht werden. Dabei sind folgende Anforderungen zu erfüllen:

- Jede Tumorpantin und jeder Tumorpantient wird bei Aufnahme in eine der beteiligten Fachkliniken automatisch im Tumorboard vorgestellt.
- Die für das Tumorboard genannten Fachärztinnen und Fachärzte sind verpflichtet, am regelmässig stattfindenden Tumorboard teilzunehmen. Eine Vertretungsregelung der Fachärztinnen und Fachärzte besteht.
- Die Entscheidungen im Tumorboard über die Behandlungsweise werden schriftlich dokumentiert (Protokoll) und in die Akte der Patientin oder des Patienten übernommen, sodass sie jederzeit überprüft werden können.

4.3 Mindestfallzahlen (ZH-Entwurf SPLG-2018) *angepasst*

Die Kantone dürfen bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität insbesondere bei den akutsomatischen Spitalleistungen auch Mindestfallzahlen berücksichtigen.

In der SPLG-Systematik Akutsomatik BE gibt es derzeit bei 26 Leistungsgruppen Anforderungen an eine Mindestfallzahl, die heute in der Regel 10 Fälle pro Standort und Jahr in der betroffenen Leistungsgruppe vorschreibt. Bei der Festlegung von Mindestfallzahlen stehen stationäre Behandlungen mit einem hohen Spezialisierungsgrad im Vordergrund. Diese Mindestfallzahlen stellen für die betroffenen Leistungsgruppen eine zusätzliche qualitätsorientierte Mindestanforderung dar. Sie sollen in erster Linie verhindern, dass Patientinnen und Patienten in einem Spital behandelt werden, in welchem diese spezialisierten stationären Behandlungen nur alle drei bis vier Monate oder noch seltener erbracht werden. Spitalstandorte, welche die Mindestfallzahl nicht oder nicht mehr erreichen, sollen die entsprechenden Eingriffe nicht (mehr) zu Lasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen.

Abweichend vom ZH-Entwurf SPLG-2018 passt jedoch der Kanton Bern bei einigen Leistungsgruppen die im ZH-Entwurf SPLG-2018 vorgegebene Anzahl Mindestfallzahlen an die Verhältnisse im Kanton Bern an. Beim Leistungsauftrag GYNT sind die vorgegebenen Mindestfallzahlen (S 20) in jedem Fall, d.h. auch bei der Erteilung eines Teilleistungsauftrages zu erbringen.

Zudem werden die im Zürcher-Entwurf SPLG-2018 vorgeschlagenen Mindestfallzahlen pro Operateurin resp. pro Operateur im Kanton Bern im Moment nicht übernommen. Die Voraussetzungen für die Anwendung und Umsetzung von Mindestfallzahlen pro Operateurin resp. pro Operateur werden im Rahmen der Qualitätssicherung durch die GEF geprüft.

Neue Erkenntnisse betreffend Mindestfallzahlen werden nicht ausgeschlossen und würden in einer neuen Spitalliste entsprechend neu verfügt werden.

Die GEF überprüft die konsequente Erfüllung der angegebenen Mindestfallzahlen im Rahmen des Leistungsauftragscontrollings (vgl. Ziffer 4.4) bei allen erteilten Leistungsaufträgen stetig. Der Regierungsrat kann den entsprechenden Leistungsauftrag mit einer Übergangsfrist von i. d. R. 6 Monaten aufheben, wenn der Leistungserbringer die Mindestfallzahlen nicht oder nicht mehr erfüllt.

4.4 Leistungsauftragscontrolling (LACTRL)

Die GEF führt in der Regel jährlich ein Leistungsauftragscontrolling (LACTRL) auf der Basis der Daten aus der Medizinischen Statistik der Listenspitäler und der Listengeburtshäuser durch.

Sie prüft dabei in erster Linie, ob:

- das Listenspital oder das Listengeburtshaus die geforderten Mindestfallzahlen erbracht hat.
- das Listenspital oder das Listengeburtshaus überhaupt Leistungen für die ihm erteilten Leistungsaufträge erbracht hat oder allenfalls sogenannte „leere“ Leistungsaufträge vorliegen.

- das Listenspital oder das Listengeburtshaus für die von ihm abgerechneten Fälle einen Leistungsauftrag auf der Spitalliste des Kantons Bern hat oder, ob es Fälle abgerechnet hat, für die es keinen entsprechenden Leistungsauftrag auf der Spitalliste des Kantons Bern hat. Fälle, die aufgrund bekannter Probleme mit der Grupper-Software in eine „falsche“ SPLG-Leistungsgruppe gruppiert werden (z.B. „einfach zu behandelnde Polytrauma“) werden einzeln durch die GEF beurteilt.

Als Verstoss beurteilte Fälle werden von der GEF nicht vergütet und entsprechend in der Leistungsabrechnung nicht berücksichtigt.

Die GEF behält sich zudem vor, bei Verstössen, welche auch ausserkantonale Patientinnen und Patienten betreffen können, diese Beobachtungen an den jeweiligen Wohnkanton zu melden.

4.5 Vorgaben zum Versorgungsauftrag

- 4.5.1 Der Kanton Bern berechtigt und verpflichtet das einzelne Listenspital oder Listengeburtshaus gleichermassen zur Leistungserbringung für die Bevölkerung des Kantons Bern gemäss dem ihm erteilten Leistungsauftrag. Da es den Kantonen im Rahmen der OKP gemäss KVG nicht erlaubt ist Überkapazitäten zu planen, muss davon ausgegangen werden, dass alle erteilten Leistungsaufträge dazu beitragen, genau den Bedarf der Berner Bevölkerung zu decken. Es ist davon auszugehen, dass eine Einschränkung oder der Ausfall eines Listenspitals oder Listengeburtshauses (bezüglich eines oder mehrerer Leistungsaufträge) grundsätzlich die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung gefährdet.
- 4.5.2 Die Listenspitäler oder Listengeburtshäuser sind im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und Kapazitäten verpflichtet, sämtliche Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Bern diskriminierungsfrei, insbesondere unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft oder Versicherungsstatus aufzunehmen und zu behandeln. Eine Bevorzugung zusatzversicherter Patientinnen und Patienten bei der Aufnahme ist nicht zulässig (Artikel 49 SpVG). Die Listenspitäler oder Listengeburtshäuser stellen die Aufnahmepflicht auch über die bei ihnen praktizierenden Belegärzte für alle zugesprochenen Leistungsaufträge am Standort des Listenspitals oder Listengeburtshauses sicher. Die GEF überprüft die Umsetzung der Aufnahmepflicht bzw. des Gleichbehandlungsgrundsatzes in den Listenspitälern und Listengeburtshäusern.
- 4.5.3 Der Regierungsrat legt die zu erbringenden Leistungen fest. Er verfügt somit auch Änderungen der Spitalliste, wie zum Beispiel die Schaffung, Aufhebung oder Übertragung von Leistungsaufträgen oder Vorbehalte (beispielsweise Auflagen oder Befristungen). Er kann auf Gesuch eines Listenspitals oder Listengeburtshauses hin oder von Amtes wegen tätig werden.
- 4.5.4 Die Listenspitäler oder Listengeburtshäuser sind verpflichtet, die Leistungen gemäss den ihnen erteilten Leistungsaufträgen zu erbringen. Sie melden der GEF wesentliche Änderungen (z.B. in der Unternehmensstruktur), welche die Erfüllung der Leistungsaufträge beeinträchtigen könnten, unverzüglich (Artikel 132 Absatz 1 Buchstabe b SpVG).

- 4.5.5 Im Kanton Bern gelegene Listenspitäler und Listengeburtshäuser sind verpflichtet, Nothilfe zu leisten (Artikel 49 Absatz 2 SpVG). Diese umfasst lebensrettende Sofortmassnahmen, Triage und Organisation der weiteren Behandlung im Normalfall sowie bei Katastrophen oder anderen aussergewöhnlichen Ereignissen. Nationale und kantonale Vorgaben bei Ereignissen wie Epidemien oder Pandemien sind verbindlich.
- 4.5.6 Das Listenspital oder das Listengeburtshaus erbringt die in der Spitalliste definierten Leistungen wirtschaftlich und in der notwendigen Qualität (Artikel 58b Absätze 4 und 5 KVV). Die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW)⁶² sind zu beachten.

⁶² <http://www.samw.ch/de/Aktuell/News.html>.

5 Weitere Bestimmungen

5.1 Pflichten der Listenspitäler und Listengeburtshäuser

Nachfolgend werden die im Zusammenhang mit den Leistungsaufträgen stehenden wichtigsten gesetzlichen Pflichten aufgeführt:

- Aufnahme, Behandlung und Nothilfe (Artikel 49 SpVG):
Listenspitäler und Listengeburtshäuser sind im Rahmen ihrer Leistungsaufträge nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG verpflichtet, Personen mit Wohnsitz im Kanton Bern aufzunehmen und zu behandeln.
- Gesamtarbeitsvertrag (Art. 50 SpVG):
Listenspitäler und Listengeburtshäuser verfügen über einen Gesamtarbeitsvertrag, haben sich einem GAV der Branche angeschlossen oder bieten dem Personal Arbeitsbedingungen an, die insbesondere hinsichtlich Arbeitszeit, Entlohnung und Sozialleistungen dem GAV der Branche entsprechen.
- Vergütungsbericht (Artikel 51 SpVG):
Listenspitäler geben in einem Vergütungsbericht die Summe aller Vergütungen an.
- Patientenmanagement und Sozialberatung (Artikel 52 SpVG):
Listenspitäler betreiben ein Patientenmanagement und stellen für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige die Sozialberatung sicher.
- Spitalseelsorge (Artikel 53 SpVG):
Listenspitäler stellen für die Patientinnen und Patienten sowie für deren Angehörige die Spitalseelsorge sicher.
- Rechnungslegung (Art. 54 SpVG):
Listenspitäler und Listengeburtshäuser erstellen ihre Jahresrechnung auf der Grundlage eines national oder international anerkannten Rechnungslegungsstandards.
- Kostenrechnung (Artikel 55 SpVG):
Listenspitäler führen eine vollständige und zertifizierte Kostenrechnung.
- Lebenszyklusmanagement (Artikel 56 SpVG):
Listenspitäler und Listengeburtshäuser führen ein Lebenszyklusmanagement über ihre Infrastruktur.

Die GEF kann gegenüber einem Listenspital oder einem Listengeburtshaus, das die vorgenannten Pflichten teilweise oder vollständig verletzt, Sanktionen aussprechen (Art. 57 SpVG).

5.2 Leistungsaufträge in mehreren Versorgungsbereichen

Listenspitäler oder Listengeburtshäuser mit Leistungsaufträgen auf mehreren Berner Spitallisten sind verpflichtet, diese verschiedenen Versorgungsbereiche betrieblich und in der Kostenrechnung abzugrenzen: Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie. Ebenso sind die Geltungsbereiche unterschiedlicher stationärer Tarifstrukturen (insbesondere DRG vom Nicht-DRG-Bereich) klar zu trennen. Verrechnungen zwischen den Abteilungen der verschiedenen stationären Versorgungsbereiche unter dem gleichen

Rechtsträger wie auch zwischen zwei verschiedenen Rechtsträgern müssen nach Leistungsbezug erfolgen. Der Ausweis und die Trennung stationärer und ambulanter Leistungen erfolgt analog.

5.3 Aus- und Weiterbildung

Die Leistungserbringer beteiligen sich an der anerkannten ärztlichen und pharmazeutischen Weiterbildung⁶³ sowie an der praktischen Aus- und Weiterbildung in den vom Regierungsrat bezeichneten nicht universitären Gesundheitsberufen.

5.4 Aufsicht und Revision

Die GEF überprüft die Einhaltung und Erfüllung der Leistungsaufträge. Die Listenspitäler oder Listengeburtshäuser arbeiten mit der GEF zusammen, erteilen ihr die geforderten Auskünfte und legen ihr die notwendigen Unterlagen zur Prüfung vor. (Art. 131 SpVG)

5.5 Datengrundlagen

Listenspitäler oder Listengeburtshäuser sind verpflichtet, der GEF die erforderlichen Daten (Leistungen, Fallkosten, Qualitätsindikatoren, Angaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) insbesondere zur Überprüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit zur Verfügung zu stellen. (Art. 127 SpVG)

Die GEF ist berechtigt, die betriebsbezogenen Daten zu verarbeiten und so zu veröffentlichen, dass die einzelnen Leistungserbringer ersichtlich sind. (Art. 129 SpVG)

⁶³ Gemäss dem Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11).

6 Hochspezialisierte Medizin

Die hochspezialisierte Medizin ist in der Interkantonalen Vereinbarung vom 14. März 2008 über die hochspezialisierte Medizin geregelt, welcher der Kanton Bern am 4. September 2008 beigetreten ist. Dieser Vereinbarung zufolge übertragen die Vereinbarungskantone ihre Zuständigkeit gemäss Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG zum Erlass der Spitalliste für den Bereich der hochspezialisierten Medizin dem in Artikel 2 IVHSM geregelten HSM-Beschlussorgan⁶⁴. Ab dem Zeitpunkt der gemäss Artikel 3 Absätzen 3 und 4 erfolgten Bestimmung eines Bereiches der hochspezialisierten Medizin und seiner Zuteilung durch das HSM-Beschlussorgan an mit der Erbringung der betreffenden Leistung beauftragte Zentren gelten abweichende Spitallistenzulassungen der Kantone im entsprechenden Umfang als aufgehoben⁶⁵.

Die interkantonale Planung der Leistungen der hochspezialisierten Medizin wird gemäss den Beschlüssen der Interkantonalen Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM) vollzogen⁶⁶.

Leistungen, welche betreffend Zuordnung und Zuteilung durch die IVHSM entschieden und rechtskräftig sind, werden auf der kantonalen Spitalliste trotzdem als spezifische Leistungsgruppen dargestellt, soweit sie die SPLG-Systematik bereits aufgenommen hat. Für national durch das HSM-Organ an ein Listenspital erteilte Leistungsaufträge betreffend die hochspezialisierte Medizin (HSM) erteilt der Kanton Bern subsidiär und unter Vorbehalt anderslautender Beschlüsse des HSM-Organs einen kantonalen Leistungsauftrag. Dies aus folgendem Grund:

Wenn ein rechtskräftiger Leistungsauftrag des HSM-Beschlussorgans auf der HSM-Spitalliste fehlt, weil das HSM-Beschlussorgan HSM-Leistungsaufträge nicht oder nicht fristgerecht verabschieden kann oder weil es einen Leistungsauftrag befristet hat und ihn nicht rechtzeitig verlängert, so ist es für den Kanton Bern wichtig, dass er seine Bevölkerung trotzdem mit hochspezialisierten Leistungen versorgen kann und somit trotzdem solche Leistungsaufträge bestehen. Der erwähnte Artikel 9 Absatz 2 IVHSM, wonach die kantonale Spitalliste subsidiär zur HSM-Spitalliste gilt, dient als Rechtsgrundlage, um die an sich auf der HSM-Spitalliste abzubildenden Leistungsaufträge auch auf der kantonalen Spitalliste abzubilden. Es geht darum, eine Regelungslücke bei hochspezialisierten Leistungsaufträgen zu verhindern. Der Regierungsrat verfügt demnach einen Leistungsauftrag der HSM-Liste genau so (also mit den Auflagen, Einschränkungen usw., die das HSM-Beschlussorgan verfügte) unbefristet auf die kantonale Spitalliste, jedoch unter Vorbehalt anderslautender Beschlüsse des HSM-Organs.

Gemäss dem Beschluss des HSM-Beschlussorgans zur hochspezialisierten Behandlung von Schlaganfällen⁶⁷ wird die Unterscheidung zwischen Primary und Comprehensive Stroke Centers beibehalten. Grund dafür ist, dass die IVHSM-Zuteilung eine Vernetzung der national geregelten Comprehensive Stroke Centers mit den kantonal geregelten Primary Stroke Units verlangt. Die Zusammenarbeit und Funktion der entsprechenden Leistungserbringer ist entsprechend auf der kantonalen Spitalliste vorgegeben.

⁶⁴ Artikel 9 Absatz 1 IVHSM.

⁶⁵ Artikel 9 Absatz 2 IVHSM.

⁶⁶ http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/hsm_spitalliste/spitalliste_hsm_uebersicht_20150407_d.pdf.

⁶⁷ Bundesblatt vom 21. Juni 2011 (<http://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2011/4692.pdf>).

7 Anhang

- SPLG-Systematik Akutsomatik BE (Version 2017)
- Weisung „Definition Spital und Spitalstandorte“ der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
- Rahmenkonzept für die kantonale Qualitätssicherung der Spitäler und Kliniken im Kanton Bern
- Vorlagen zur formellen Ausgestaltung von Kooperationsverträgen und Kooperationskonzepten

Diese Dokumente sind auf der Internetseite der GEF verfügbar unter:

https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/spitalliste.html#middlePar_textbild